و زارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم الاجتماع

الأمراض النسائية و استجابة النساء المصابات للمرض

دراسة ميدانية بمصلحة أمراض النساء

و التوليد بمستشفى اسعد حساني

بني مسوس –الجزائر-

رسالة لنيل شهادة الماجستير

من إعداد الطالبة:

شهرزاد موسي

تحت إشراف الاستاذ:

مصطفى بوتفنوشات

السنة الدراسية:2007/2006

الإهـــــــداء

إلى الوالدين الكريمين حفظهما الله وأطال في عمرهما

إلى كل من يحمل في قلبه وفي عقله واحد

عائلتي الصغيرة بالعمرة أسامة

عائلة موسى

عائلة مالك

والى كل قارئ هذه الرسالة

كلمـــــــــــة شكـــــــــــــــر

إلى الله نتقدم بشكرنا الجزيل و إليه نتضرع ليمدنا بيد العون لنكون خيـر من يبث صلاحا في هذا المجتمع

و عرفانا بالجميل, نتقدم بتشكراتنا إلـى الأسـتاذ المشـرف مصـطفى بوتفنوشات بقبوله عملية الإشراف, و الذي جعلنا من توجيهاته منارا اهتدينا به لنصل إلى آخر نقطة من هذا الموضوع

كما أتوجه بتشكراتي الخالصة إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد على هذا العمل و اخص بالذكر:

كل الأساتذة المؤطرين من الابتدائي حتى الجامعي

كل عمال مصلحة أمراض النساء و التوليد بمستشفى بني مسوس خاصة الدكتور "سيديني"

دون أن أنسى الأخصائيات في طب النساء و الولادة "بارشـيد" و "عبـد النبي"

دون أن أنسى كل أفراد العينة, متمنية لهن بالشفاء

الفهـــــــــرس

الموضوع **الصفحة**

المقدمة:.....1

الباب الأول: الإطار النظري للدراسة

الفصـل الأول: الاقتراب المنهجي للدراسة

I- الاشكالية و الفرضيات..... 4

1- الاشكالية..... 4

2- الفرضيات:..... 6

II- تحديد المفاهيم:..... 7

III- أسباب اختيار الموضوع:..... 9

IV- منهجية البحث و التقنيات المستعملة:..... 10

1- منهج البحث:.....10

2- تقنيات البحث:..... 11

3- مجتمع البحث:..... 13

4- إختيارعينة البحث:..... 13

IV - دراسات سابقة:..... 15

الفصـل الثانـي: علم الاجتماع الطبي و الصحة

I- نبذة عن علم الاجتماع الطبي:..... 20

II- نظرة علم الاجتماع إلى الطب:..... 24
III- الاهتمامات الاجتماعية للطب:..... 26
1- توزيع المرض و أسبابه:..... 26
2- الاستجابات الثقافية و الاجتماعية للمرض:.....26
3- الضغوط الاجتماعية و الأمراض:.....26
IV- نقاش حول أهم مفاهيم علم الاجتماع الطبي:..... 27
1- الصحة:..... 27
- النظرة الطبية العلمية للصحة:.....27
- النظرة الاجتماعية الطبية:.....27
- المنظور المجتمعي:..... 28
- المنظور الثقافي:..... 28
2- المرض:..... 28
- النظرة الطبية العلمية للمرض:..... 28
- المنظور الثقافي:..... 28
- المنظور الاجتماعي:..... 29
3- سلوك المرض:..... 29
IV- منهج البحث في علم الاجتماع الطبي:..... 30
V- أهمية الصحة في المجتمع:..... 30
1- علم الاجتماع الطبي و الصحة:..... 32
2- علاقة النظام الصحي بالمجتمع:..... 32
3- الاسرة و الصحة:..... 33

VI- وضعية صحة الأسرة في المجتمع الجزائري:..... 33
1- خصائص الأسرة الجزائرية:..... 33

2- خصائص المسكن:..... 34
3- وضعية صحة المرأة:..... 34
4- الأمراض النسائية الأكثر انتشارا:..... 36
5- الصحة الإنجابية و التخطيط العائلي:..... 37
6- الولادات و الوفيات:..... 38
VIII- العلاج بالوسائل التقليدية:..... 38
1- الأطعمة و علاقتها بالصحة:..... 38
2- العادات الغذائية و الصحة:..... 39
3- علاج الأمراض النسائية بالأعشاب:..... 39
الفصل الثالث: الأمراض النسائية
تمهيد:..... 41
I- الأمراض الالتهابية للأعضاء التناسلية:..... 42
1- الطفح التناسلي:..... 42
2- التهاب المهبل و عنق الرحم:..... 43
3- الالتهابات البرثولونية:..... 43
4- إلتهاب الأبواق الرحمية:..... 44
5- التهاب الرحم ولواحقه:..... 45
6- هجرة عنق الرحم:..... 48
II- الدرن ألتناسلي عند المرأة:..... 48
III- الأورام:..... 50
1- الأورام في الغشاء الداخلي لغشاء الرحم:..... 50
2- الأورام الليفية:..... 51
VII- الأكياس المبيضية:..... 53
1- الأكياس الوظيفية:..... 54

2- الأكياس العضوية:..... 54
3- تعدد الأورام الكيسية في المبايض:..... 54
VIII- السرطان:..... 55
1- سرطان المهبل:..... 55
2- الإصابة ماقبل السرطانية لعنق الرحم:..... 55
3- سرطان عنق الرحم:..... 55
4- سرطان بطانة الرحم:..... 57
الفصل الرابع: إحصائيات حول الأمراض النسائية في الجزائر
- تمهيد:..... 59
1- إحصائيات الأمراض النسائية في مستشفى بني مسوس:..... 60
2- معدلات الإصابة بالسرطان في الجزائر، البليدة، تيزي وزو للسنوات
2000 إلى 2002:..... 63
3- معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم:..... 65
4- معدلات الإصابة بسرطان جسم الرحم:..... 67
5- معدلات الاصابة بسرطان المبيض:..... 70
6- معدلات الاصابة بسرطان المثانة:..... 73
خلاصة الفصل:..... 75
الباب الثاني: الإطار الميداني للدراسة
الفصل الخامس: تقديم خصائص العينة و تحليل الفرضية الاولى
- تمهيد:..... 76
- تحليل الجداول المتعلقة بخصائص العينة:..... 77
- تحليل الفرضية الأولى:..... 85
- خلاصة الفصل:..... 112
الفصل السادس: علاقة متغيرات اجتماعية بالاستجابة للأمراض النسائية

- تمهيد:..... 113
- تحليل الفرضية الثانية:..... 114
- خلاصة:..... 130
- تحليل الفرضية الثالثة:..... 131
- خلاصة:..... 149
- تحليل الفرضية الرابعة:..... 150
- خلاصة:..... 164
- نتائج عامة للدراسة:..... 165
الخاتمة:..... 171
قائمة المراجع
الملاحق

فهرس الجداول

1	إحصائيات الأمراض النسائية في مستشفى بني مسوس 2001 إلى 2004.....	60
2	معدلات الاصابة بسرطان الرحم في الجزائر، البليدة، تيزي وزو 2001-2002	63
3	معدلات الاصابة بسرطان عنق الرحم في الجزائر، البليدة، تيزي وزو 2001-2002 .	65
4	معدلات الاصابة بسرطان جسم الرحم في الجزائر، البليدة، تيزي وزو 2001-2002..	67
5	معدلات الاصابة بسرطان المبيض في الجزائر، البليدة، تيزي وزو 2001-2002.....	70
6	معدلات الاصابة بسرطان المثانة في الجزائر، البليدة، تيزي وزو 2001-2002	73
7	توزيع أفراد العينة حسب السن.....	77
8	توزيع النساء المصابات بالأمراض النسائية حسب حالة هذه العائلة.....	78
9	توزيع أفراد العينة حسب مستواهن التعليمي.....	79
10	توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض.....	80
11	توزيع النساء المصابات بالأمراض النسائية، حيث نشاطهن اليومي.....	81
12	توزيع أفراد العينة حسب نمط السكن.....	82
13	توزيع أفراد العينة حسب صنف العائلة التي ينتمي إليها.....	83
14	توزيع أفراد العينة حسب عدد الأفراد فقي البيت.....	83
15	توزيع المصابات بالأمراض النسائية حسب عدد الغرف في البيت.....	84
16	علاقة سن المصابات بالأمراض النسائية بكيفية تلقي المرض.....	85
17	علاقة السن بالتوجه للعلاج في الفترة الأولى من المرض.....	88
18	التوجيه إلى مستشفى بني مسوس	91
19	علاقة سن المبحوثات باستخدام الطب التقليدي.....	92
20	سبب استخدام أو عدم استخدام الطب التقليدي	93
21	علاقة السن بتفضيل العلاج	95
22	سبب تفضيل المريضات للعلاج عند امرأة، رجل أو كلاهما	97
23	علاقة السن بتغير مجرى الحياة.....	98
24	توزيع المبحوثات حسب كيفية تغير مجرى الحياة.....	100
25	علاقة السن بالمرافقة الى الطبيب.....	103
26	علاقة سن المبحوثات بوجود مساعدة لمواجهة المرض.....	106
27	علاقة السن بالتخوف من الأمراض النسائية.....	108
28	علاقة المستوى التعليمي للمصابات بالأمراض النسائية بكيفية تلقي المرض.....	114

الرقم	العنـــــــــــوان	الصفحة
29	علاقة المستوى التعليمي بالتوجه للعلاج في الفترة الأولى من المرض.....	116
30	علاقة المستوى التعليمي بإستخدام الطب التقليدي.....	118
31	علاقة المستوى التعليمي بتفضيل العلاج.....	119
32	علاقة المستوى التعليمي بتغيير مجرى الحياة.....	121
33	علاقة المستوى التعليمي بالمرافقة إلى الطبيب.....	123
34	علاقة المستوى التعليمي بوجود مساعدة لمواجهة المرض.....	126
35	علاقة المستوى التعليمي بالتخوف من الأمراض النسائية.....	127
36	علاقة الحالة العائلية للمصابات بالأمراض النسائية بكيفية تلقيها المرض.....	131
37	علاقة الحالة العائلية بالتوجه للعلاج في الفترة الأولى من المرض.....	133
38	علاقة الحالة العائلية للمصابات بالأمراض النسائية باستخدام الطب التقليدي.....	135
39	علاقة الحالة العائلية للمريضات بتفضيل المرض.....	137
40	علاقة الحالة العائلية بتغيير مجرى الحياة.....	139
41	علاقة الحالة العائلية بالمرافقة إلى الطبيب.....	140
42	علاقة الحالة العائلية بوجود مساعدة لمواجهة المرض.....	144
43	علاقة الحالة العائلية بالتخوف من الأمراض النسائية.....	146
44	علاقة الوضعية الشخصية بكيفية تلقي المريضة لمرضها.....	150
45	علاقة الوضعية الشخصية بالتوجه للعلاج في الفترة الأولى من المرض.....	151
46	علاقة الوضعية الشخصية باستخدام الطب التقليدي.....	152
47	علاقة الوضعية الشخصية للمريضة بتفضيل المرض.....	154
48	علاقة الوضعية الشخصية بتغيير مجرى الحياة.....	155
49	علاقة الوضعية الشخصية بالمرافقة إلى الطبيب.....	157
50	علاقة الوضعية الشخصية بوجود مساعدة لمواجهة المرض.....	160
51	علاقة الوضعية الشخصية بالتخوف من الأمراض النسائية.....	161

فهـــرس الأشكـــال

الرقم	العنـــــــــــــوان	الصفحة
1	أعمدة بيانية تمثل معدلات الإصابة بسرطان الـرحم فـي الجزائـر، البليـدة، تيزي وزو 2001-2002	64
2	أعمدة بيانية تمثل معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم في الجزائر، البليـدة، تيزي وزو 2001-2002	66
3	أعمدة بيانية تمثل معدلات الإصابة بسرطان جسم الرحم في الجزائر، البليـدة، تيزي وزو 2001-2002.....	68
4	أعمدة بيانية تمثل معدلات الإصابة بسرطان المبيض في الجزائر، البليدة، تيزي وزو 2001-2002.....	71
5	أعمدة بيانية تمثل معدلات الإصابة بسرطان المثانة في الجزائر، البليدة، تيـزي وزو 2001-2002	74

مقدمـة:

يعتبر المرض ظاهرة عامة تؤثر في كل الناس، ولكن ليس بنفس الطريقة أو بـنفس الدرجة،وتمثل الدراسة التي توضح الكيفية التي تأثر بها الأمراض في الجماعات الإنسـانية والطرق التي تستجيب بها هذه الجماعات للمرض ميدانا حيويـا وهامـا لتطبيـق المعرفـة السوسيولوجية وأساليب البحث الاجتماعي ،فهناك علاقة أو ارتباط وثيق بين المرض والبيئة الاجتماعية ،لهذا ظهر اعتراف من جانب الطب بالعوامل الاجتماعية في المرض والصـحة وهو ما يسمى بعلم الاجتماع الطبي.

يمثل علم الاجتماع الطبي مجالا مشتركا بين الطب وعلم الاجتماع, ويعرفه مكـاوي على انه الدراسة السوسيولوجية لقضايا الصحة والمرض وتناول المستشفى كنسق اجتمـاعي وثقافي ،وفحص علاقة المريض بالقوى العاملة الطبية وبالمؤسسات العلاجية كمـا يحـددها البناء الاجتماعي والوضع الطبقي ،كذلك يتناول الظاهرة باعتبارها ظاهرة اجتماعية بمعنـى انه يهتم بدراسة تصورات الناس عن ظاهرتي الصحة والمرض.

استفاد علم الاجتماع الطبي من رصيد المعرفة النظرية والمنهجية لعلم الاجتماع وذلـك عن طريق استغلال الدراسات المختلفة حول البناءات والنظم الاجتماعية والظواهر الثقافية و علاقتهم بانتشار الأمراض بين الجماعات والطبقات الاجتماعية،وأنماط السـلوك المرتبطـة بالصحة والمرض, لهذا فقد ظهر في بداية القرن العشرين اعتراف مباشر من جانب الطـب بالعوامل الاجتماعية في المرض والصحة، و وجود ارتباط وثيـق بـين المـرض والبيئـة الاجتماعية ،والاستجابة للمرض.

نستطيع اعتبار الاستجابة للمرض كمرآة للمجتمع، فهي تدلنا على سـلوك المـريض وسلوك من يحيطون بها، والتأثير الموجود فيما بينهم، والاستنتاجات التي تنشا عـنهم علـى

شكل ظواهر ومخلفات اجتماعية, سواء كانت ايجابية أو سلبية,وبمجرد النظـر إلـى هـذه السلوكيات نستطيع أن نحكم أي مجتمع نحن فيه,أي عقائد يؤمنون بها.

والأمراض النسائية تتشابه مع غيرها من الأمراض في الألم والمعانات وحتـى فـي الامتثال للشفاء، و لكن عندما تكون في بيئة تتخللها عوالم اجتماعية وثقافيـة خاصـة فإنهـا تخرج في معظم الأحيان عما يرشدنا إليه الطب من تحليلات وتفـسيرات معقولة وعلميـة، وتدخل أحيانا في متاهات التفـسيرات المجتمعية الخاطئة وأحيانا كثيرة خطيرة، هذا ما يجعل الفرق بين المرض من بيئة لأخرى ومن مجتمع لآخر,لا بل نستطيع حتى اتخاذه كمؤشر هام للتقدم والتخلف .

كل هذا يجعلنا نتناول بعض المحاور التي تمس مجمل الموضوع من خلال الفصول التي تتضمنها هذه الدراسة وقد قسمنا البحث إلى بابين اثـنين هما:

الـباب الأول:تضمن الإطار النظري للدراسة أربعة فصول وهي:

الـفصل الأول:وهو الفصل المنهجي للدراسة، تضمن الإشكالية المطروحة في بحثـنا وكذا الفرضيات ومنهجية البحث و بعض الدراسات السابقة.

الـفصل الثاني :فصل خاص بعلم الاجتماع الطبي والصحة، و جاء فيه نبذة عن علم الاجتماع الطبي، نظرة علم الاجتماع إلي الطب ،الاهتمامات الاجتماعية للطب، أهم مفـاهيم علم الاجتماع الطبي ومنهجه في البحث, أهمية الصحة في المجتمع, وضعية صحة الأسـرة في المجتمع الجزائري,العلاج بالوسائل التقليدية .

الـفصل الثالث:حول الأمراض النسائية، وتضمن أهم أنـواع الأمـراض النسـائية, أعراض المرض ومعدلات الإصابة.

الـفصل الرابع :إحصائيات حول الأمراض النسائية في الجزائر وهذا عـن طريـق تقديم إحصائيات الأمراض في مستشفى بني مسوس خلال السـنوات (2001 الـى2004)، معدلات الإصابة بسرطان الأعضاء التناسلية في كل من الجزائر، البليدة و تيزي وزو.

الـباب الثاني: يتضمن الإطار الميداني للدراسة وجاء فيه فصلين:

الـفصل الخامس: قمنا بتقديم خصائص العينة وتحليل الفرضية الأولى.

الـفصل السادس: تحليل الفرضيات الثانية, الثالثة والرابعـة، عـن طريـق تحليـل الجداول الخاصة بكل فرضية مع الاستنتاج, وذلك عن طريق تحليل الجداول الخاصة بكـل فرضية مع الاستنتاج.

فـي الأخـير قمنا باستخلاص أهم النتائج التي توصلنا إليها من خلال دراستنا هـذه، وخـاتمة للموضوع مع تـقديم بعـض التـوصيات.

الـبـاب الأول

الإطـ ـ ـ ـ ـار النظـ ـ ـ ـري للـ ـدراسـ ـ ـ ـ ـ ـ ـة

- الفصـل الأول: الاقتـ ـراب المنهجي للدراسة
- الفصـل الثاني : علم الاجتماع الطبي و الصحة
- الفصـل الثالث: الأمراض النسائية
- الفصـل الرابع: الأمراض النسائية في الجزائر

الاقتـــــراب المنهجـــــــــي للدراســـــــة

I- الإشكالية والفرضيات

1 - الإشكالية.

2 - الفرضيات.

II - تحديد المفاهيم

III- أسباب اختيار الموضوع.

VI- منهجية البحث.

1 - منهج البحث.

2 - تقنيات البحث.

3 - مجتمع البحث.

4 - عينة البحث.

V - دراسات سابقة.

I- الإشكالية والفرضيات

1- الإشكالية:

المرض كمفهوم اجتماعي تتخلله عوالم اجتماعية تصبغ صاحبه بخصائص وأعراض معينة، فالتفاعل حيلها يتم بشكل مختلف من شخص إلى آخر باختلاف البيئة الاجتماعية التي نمى فيها الفرد و وجهت أفكاره ومعتقداته إلى جانب مجمل الظروف المحيطة به، وعلى هذا الأساس فقد تكون الاستجابة ايجابية ويتم انتهاج السلوك السليم الذي من شانه دفع المرء إلى بر الأمان، كما قد تكون تلك الاستجابة سلبية فتتسبب في تفاقم الوضع.

تعتبر الأمراض النسائية من الأمراض الأكثر شيوعا في الأوساط النسائية، كالالتهابات التي تصيب المهبل وعنق الرحم والأبواق الرحمية والرحم، فحسب المسح الجزائري حـول صحة الأم والطفل لعام 1992 فان التهاب عنق الرحم بلغ 11.3% كمـا أن الإصـابة فـي الجهاز البولي قدر ب 8.5%، و6.5 % من مجموع النساء في سن الإنجـاب يعـانين مـن أعراض تدلي الرحم، بالإضافة إلى أرقام أخرى مخيفـة حـول الأورام الليفيـة والأكيـاس المبيضة وكذا سرطان عنق الرحم وسرطان الرحم وغيرها.

كل هذه المشاكل الصحية تسبب الشقاء والتعاسة للمرأة المصابة ولمحيطها الأسـري وحتى للدولة، التي تتحمل في كثير من الأحيان أعباء ونفقات بعض الأمراض، كذلك عمليات الكشف والتحليل والأدوية التي تكلف في الغالب بالعملة الصعبة، فقد أصبحت تمثل مشـكلا حقيقيا للصحة العمومية، هذا ليس فقط في الجزائر بل حتى في العالم ككل، فمجمل المنظمات العالمية خاصة المهتمة بالصحة تؤكد على ضرورة التوعية بالمبادرة الإرادية للمـرأة فـي إجراء الفحوصات بانتظام بين فترة لأخرى وإجراء المسح frottis، بالإضافة إلى حمـلات التطعيم الواسعة التي تشنها في المجتمعات النامية من اجل الحد من الأمراض المستعصـية والكثيرة الانتشار، هذا كله يستلزم منها بذل مجهودات جبارة وأموال طائلة.

نظرا لكون مجتمعنا من مجتمعات العالم الثالث فان اتخاذ المرض وتفسيره والاستجابة له يتبع نمط تفكير أفراده وجماعاته وأسره، وذلك حسب نوع المـرض ووضـعية المـرأة الاجتماعية، فالسن، الحالة العائلية، الوضعية الشخصية والمسـتوى التعليمـي، كلهـا مـن المتغيرات الهامة في علم الاجتماع وفي المجتمع، بالتالي تتباين الاستجابة للمرض حسب كل وضعية.

من هنا يمكننا طرح الإشكال التالي والمتمثل في مدى تأثير العوامل الاجتماعية علـى الاستجابة للأمراض النسائية، بمعنى نتساءل عن ماهية هذه الاستجابات، ايجابيـة كانـت أم سلبية، وعن ما إذا كان لسن المريضة تأثير على نوع هذه الاستجابة، أيضا إن كانت المـرأة متعلمة فهل يساهم ذلك في صدور استجابة ايجابية منها وممن حولها، هل الاستجابة تكـون نفسها من المريضة ومحيطها الاجتماعي عندما تكون المرأة عازبة، متزوجة، مطلقة وأرملة أم هناك اختلاف بالنسبة للمرأة العاملة، هل تستجيب بنفس الطريقة التي تستجيب بها الماكثة بالبيت، وهل تستطيع توجيه استجابات من حولها إلى الايجابية أم لا؟ ماهية العوامل الأكثـر تحكما في الاستجابة للأمراض النسائية ؟

ومن منطلق هذه التساؤلات يمكننا أن نستعرض الفرضيات التي سنقوم باختبارها فـي الميدان.

2- الفـرضيـ ـات:

1- كلما انخفض سن المرأة المصابة بالأمراض النسائية كلما كانت الاستجابة للمرض سلبية أكثر.

2- كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة المصابة بالأمراض النسائية كلما كانت الاستجابة للمرض ايجابية.

3- العازبات أكثر عرضة للاستجابة السلبية من الأمراض النسائية.

4- كلما كانت المرأة عاملة كانت الاستجابة للأمراض النسائية ايجابية.

II- تحـديد المفـاهـيم :

1- المـــرض :

نال ولا يزال مفهوم المرض ينال اهتمام علماء الاجتماع والأطباء وحتى الناس العامين، لما له من أهمية وعلاقة مع الحياة اليومية، ولهذا تعددت المفاهيم التي أطلقت عليه، ندرج منها ما يلي:

يشير مفهوم المرض إلى انحراف ما عن حالة الأداء الوظيفي السوية، تكون له نتائج غير مرغوبة نظرا إلى ما يؤدي إليه من إزعاج شخص أو ما ينجم عنه من آثار تتعلق بالمكانة الصحية للإنسان في المستقبل.[1]

كما عرف بأنه "انحراف أو اختلال في أي من عوامل الصحة الجسمية أو العقلية أو النفسية، الأمر الذي ينتهي بالاضطراب والذي يظهر له بعض الأعراض ".[2]

أما في التصنيف الدولي للأمراض فقد عرف المرض على انه " الحالة الباثولوجية الشاذة التي نشخصها في ضوء العلامات والأعراض " [3]

ومع تطور علم الاجتماع وعلم النفس بدأ التفكير في صياغة جديدة لمفهوم المرض الذي كان لا يتعدى وجود اختلال في أداء الأدوار البيولوجية لأحد أعضاء الجسم، فقد أصبح يستخدم بطرق مختلفة. "حيث أنه يشير في أضيق معانيه على افتراض طبي بأن هناك عمليات مرضية معينة متضمنة في مجموعة أعراض مرضية متزامنة، لها أبعادها الطبية العلاجية الخاصة، ويطبق مفهوم المرض بصفة أعم ليشير إلى الانحرافات الفيزيقية أو السلوكية التي تمثل مشكلات اجتماعية للأفراد أو المجتمع كله".[4]

---

(1) محمد علي محمد،علي عبد الرزاق جلبي، سناء الخولي، سامية محمد جابر، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1989 ، ص 149.

(2) إحسان علي محاسنة، البيئة والصحة العامة "، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 1994، ط2،ص71.

(3) علي الميكاوي، علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، مصر 1996، ص ص، 59،60.

(4) محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص149.

2- الأمراض النسائية :

هو فرع من فروع العلوم الطبية الذي يعتني بالأمراض التي تصيب النساء فقط، خاصة تلك التي تصيب أعضائهن التناسلية ويتم بذلك فحص دوري لمختلف هذه الأعضاء لمعرفة وتشخيص الأمراض التي تصيبها (الفرج، المهبل، عنق الرحم، جسم الرحم، أنابيب فالوب، المبيضين ". [1]

3-الاستجابة:

المعنى العام لمصطلح الاستجابة يشير إلى أي سلوك أو فعل صادر عن الكائن العضوي كنتيجة وكرد فعل لمثير أو منبه، و من العسير من الناحية التاريخية أن نتناول مصطلح الاستجابة بعيدا عن مصطلح أخر مواز له، هو مصطلح المثير أو المنبه، ويعبر عادة عن المصطلحين بالقاعدة (S -R).[2]

4- الاستجابة للمرض:

حينما نؤكد أهمية التعريفات الاجتماعية للاستجابة للمرض وطلب الرعاية الطبية، من الضروري أن نضع في اعتبارنا طبيعة الأعراض المرضية ذاتها. إن الاستجابة للأعراض المرضية تختلف باختلاف الأشخاص حيث تتباين إدراكاتهم لهذه الأعراض وتتنوع التقديمات التي يمنحونها لها، ومن ثم نجد نماذج مختلفة من أنماط السلوك والتصرفات إزاءها، وهذا التباين في الاستجابات بصفة عامة إنما يرتبط بالمواقف الاجتماعية والإطار الثقافي للمجتمع ككل " [3].

من خلال بحثنا نريد معرفة مختلف الاستجابات التي تبديها المريضات باختلاف أعمارهن، مستواهن التعليمي، حالتهن العائلية، ووضعيتهن الشخصية، وكذا استجابات

---

(1) مصطفى عبد المنعم، أمراض النساء وموانع الحمل والولادة والعناية بالأطفال، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، مصر، 1978، ص,37 .

(2) محمد عاطف غيث, قاموس علم الاجتماع, دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية, دون سنة, ص, 386

(3) محمد عي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص,123.

من حولهن من العائلة والمحيط الاجتماعي ككل من جراء إصابتهن بالأمراض النسائية وهذا عن طريق معرفة كيفية تلقيهن للمرض ومدى تأثيره على محيطهن، طلب العلاج، تفضيل العلاج، استخدام الطب التقليدي، التخوف من المرض وغيرها.

III- أسباب اختيار الموضوع:

السبب الرئيسي في اختيارنا لهذا الموضوع هو اقترابنا منه، فقد تم تناول موضوع " الأمراض النسائية وتأثيرها على الخصوبة" في مذكرة نهاية الليسانس مما أدى بنا إلى مواصلة هذا البحث ولو أنه هذه المرة يتم تناوله من الجانب لاجتماعي أكثر وهذا ما لاحظناه خلال دراستنا السابقة، حيث أن هذه الأمراض لها تأثير عجيب وغريب في نفس الوقت على المرأة المصابة بها وعلى عائلتها والوسط الذي تعيش فيه، أضف إلى ذلك الأرقام والتوافدات الهامة على مصلحة أمراض النساء والتوليد بالمستشفى الجامعي لبني مسوس وحتى في المؤسسات الأخرى، هذا من خلال ما نسمعه من الآخرين في حياتنا اليومية. هذا ما شجعنا على الخوض مرة أخرى في موضوع الأمراض النسائية، دون أن ننسى أهم عامل جعلنا ندرس هذا الموضوع ألا وهو الميدان أين سيقام هذا البحث، بما أنه تم انجاز الجانب الميداني للبحث بالمستشفى الجامعي لبني مسوس الذي وجدنا فيه سهولة للمرة الثانية في القبول والموافقة لإتمام دراستنا هذه، الأمر الذي لم يكن سهلا واستغرق وقتا طويلا في المرة الأولى.

وفي الأخير، اختيارنا لهذا الموضوع لكون الدراسات فيه مقتصرة على الدراسات الطبية، وإهمال الجانب الاجتماعي لها، رغم أن هذه الأمراض بالذات تخترقها عوامل اجتماعية في المجتمع الجزائري.

IV- منهجية البحث و التقنيات المستعملة:

1- منهج البحث:

المنهج العلمي هو أسلوب للتفكير والعمل يعتمده الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها وبالتالي الوصول إلى نتائج ودقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة" [1]، فهو الطريقة التي يتبعها الباحث، أو الخطة العامة أو الإطار الذي يرسمه لتحقيق أهداف بحثه.[2]

نظرا لطبيعة موضوعنا فقد اخترنا المنهج الوصفي الذي يتلاءم مع دراسات العلوم الاجتماعية والإنسانية، بحيث يقوم هذا المنهج على وصف ظاهرة من الظواهر، للوصول إلى أسباب هذه الظاهرة، والعوامل التي تتحكم فيها، واستخلاص النتائج لتعميمها، ويتم ذلك وفق خطة بحثية معينة، وذلك من خلال تجميع البيانات وتنظيمها، وتحليليها ".[3]

يتضمن هذا المنهج دراسة الحقائق الراهنة المتعلقة بطبيعة ظاهرة أو موقف معين أو مجموعة من الأحداث أو الأوضاع أو البشر، يرغب الباحث في دراستها و التعرف على أبعادها المختلفة، و يقتصر هذا المنهج على وصف هذه الظواهر أو الموافق أو الأحداث في وقت معين.[4]

بالإضافة إلى المنهج الكمي الذي يقوم على المنهج الإحصائي، هذا الأخير الذي يعمل على توضيح البيانات التي جمعها الباحث في دراسته ووصفها وصفا كميا دقيقا." [5]

---

(1) ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم، مناهج وأساليب البحث العلمي: النظرية والتطبيق، دار الصفاء للطباعة والنشر، عمان، الأردن، 2000، ص 33.

(2) صلاح مصطفى الفوال, علم الاجتماع بين النظرية و التطبيق, دار الفكر العربي، 1996، ص178.

(3) محمد الصاوي محمد مبارك، البحث العلمي أسسه وطريقة كتابته، المكتبة الأكاديمية، مصر، 1992، ص30.

(4) محمد محمد الهادي، أساليب إعداد و توثيق البحوث العلمية، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، 1995، ص98

(5) عبد الرحمن العيسوي، مناهج البحث العلمي، دار الرتب الجامعية، بيروت، 1996،1997، ص 291.

فالمنهج الكمي يحدد أساسا من خلال استخدام القياسات الكمية لمعطيات البحث والتي يمكن أن تحلل بأسلوب إحصائي (كاستعمال المعدلات والنسب المئوية ....الخ).[1]

الجمع بين الأسلوبين الكيفي و الكمي:

ولما كان الأسلوب الكمي ببياناته الإحصائية غير كاف وحده، لفهم بعض الظواهر الاجتماعية أو جوانب معينة منها، كالمواقف و الآراء و القيم الاجتماعية فهما معمقا، فقد تنبه بعض الباحثين إلى ضرورة الاستعانة بالأسلوب الكيفي إلى جانب الأسلوب الكمي، لان ذلك يعمل على زيادة توضيح الرؤية، تعميق النظرة الشمولية، الأمر الذي يساعد على دقة التحليل وضبط التفسير وخاصة في البحوث الاجتماعية التي تتطلب نوعا خاصا من المعالجة يتناسب مع طبيعتها.[2]

2- تقنيات البحث:

خلال بحثنا قمنا بالاستعانة بالملاحظة والاستمارة عن طريق المقابلة والوثائق الرسمية.

أ- الملاحظة:

أداة مهمة في بحثنا هذا نظرا لطبيعة دراستنا، فقد أثار فضولنا في الأول أثناء بحثنا في مذكرة نهاية الليسانس، الاتجاه الاجتماعي للأمراض النسائية، والملاحظة أداة رئيسية للبحث الاجتماعي، بل يمكن القول أن كل بحث اجتماعي يستخدم الملاحظة بدرجات مختلفة من الدقة والضبط[3]. يعرف بعض علماء المناهج الملاحظة على أنها المشاهدة الدقيقة لظاهرة ما، مع الاستعانة بأساليب البحث والدراسة التي تتلاءم مع طبيعة هذه الظاهرة. [4]

---

(1) L'AMOUREUX (A), Recherches et méthodologies en sciences humaines, éditions études vivantes, Canada, 1999, p 41.

(2) حسن السعاتي, تصميم البحوث الاجتماعية, نسق منهجي جديد, دار النهضة العربية للطباعة و النشر, بيروت, 1982, ص, 196.

(3) محمد علي محمد، مقدمة في البحث الاجتماعي، دار النهضة العربية، بيروت 1983، ص 327.

(4) طلعت إبراهيم لطفي، أساليب وأدوات البحث الاجتماعي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 1995،ص 76.

وتعرّف أيضا كنظرة إلى وضع دون أن يتغير هذا الوضع، نظرة متعمدة ذات طبيعة عامة وتعمل على مستوى اختيار الوضع وليس على مستوى ما يجب أن يلاحظ في الوضع، هذا بجمع معطيات متعلقة بالوضع.[1]

و قد استخدمنا الملاحظة المباشرة التي يقوم بها الباحث مباشرة وبنفسه. [2]
وخلال بحثنا الميداني قمنا بتسجيل الملاحظات في المستشفى.

ب- الاستمارة:

الاستمارة أو الاستبيان هو نموذج يضم مجموعة من الأسئلة التي توجه للأفراد بهدف الحصول على بيانات معينة[3]، فهي الوسيلة العلمية التي تساعد الباحث على جمع الحقائق والمعلومات من المبحوث خلال عملية المقابلة، والوسيلة التي تفرض عليه التقيد بموضوع البحث المزمع إجراءه وعدم الخروج عن أطره العريضة ومضامينه التفصيلية ومساراته النظرية والتطبيقية. [4]

ج- المقابلة:

نظرا لخصوصية عينتنا ارتأينا إلى استخدام الاستمارة عن طريق المقابلة، فجزء معتبر من النساء لا يعرفن الكتابة ولا القراءة، وللحصول على معلومات عميقة ودقيقة، التي يصعب الحصول عليها عن طريق أسئلة موجودة في أوراق، بالتالي يستلزم تشكيل علاقة طيبة مع المبحوثات.

---

(1) رودولف غيغيليون، بنيامين ماتلون، البحث الاجتماعي المعاصر, مناهج و تطبيقات، تر: علي سالم، منشورات مركز الإنماء القومي، بيروت، 1986، ص10.

(2) R. Quivy, L. v Campenhoudt, Manuel de recherche en sciences sociales 2eme édition, Dunod, Paris, 1995, p 164

(3) طلعت إبراهيم لطفي، مرجع سابق، ص81.

(4)إحسان محمد الحسن،الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 1982،ص65

المقابلة عبارة عن لقاء يتم بين الشخص المقابل (الباحث أو من ينوب عنه) الذي يقوم بطرح مجموعة من الأسئلة على الأشخاص المستجوبين وجها لوجه، ويقوم الباحث أو المقابل بتسجيل الإجابات على الاستمارات. [1]

د- الوثائق الرسمية:

الوثائق التي اعتمدنا عليها في دراستنا، هو ملف المريضة، الذي يوضع عند رأس سرير كل مريضة أو يعلق عليه، يدون فيه بعض المعلومات كالسن، الوضعية، الشخصية، عدد الولادات، الاجهاضات، نوع و تاريخ المرض، نوع العلاج والأدوية و تشخيص المرض.

3- مجتمع البحث:

تم إجراء الدراسة الميدانية لبحثنا في مستشفى أسعد حساني ببني مسوس وبالضبط في مصلحة أمراض النساء والتوليد كونه المكان الأمثل لوجود عينة البحث.

وقد قمنا باختيار عينة النساء المتوافدات على مصلحة أمراض النساء والتوليد قصد العلاج دون المتوجهات قصد الولادة.

4- اختيار عينة البحث:

يشير مصطلح اختيار العينة إلى جمع المعلومات واستخلاص النتائج من السكان والعالم كله، من خلال دراسة جزء واحد فحسب هو العينة.[2]

تمثلت العينة المستخدمة في بحثنا في " العينة المكانية " [3]، وقد تم تحديد مكان الدراسة بمصلحة أمراض النساء والتوليد بمستشفى أسعد حساني، أين يتم استجواب المريضات حول مرضهن، كونه المكان الأحسن لتواجدهن.

---

(1) ربحي مصطفى عليان، مرجع سابق، ص102.

(2) عبد الهادي الجوهري، قاموس علم الاجتماع، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1998، ط2، ص13.

(3) عبد الله الهمالي، أسلوب البحث الاجتماعي وتقنياته، بدون دار النشر وبلد النشر، 1988، ص 162.

ونظرا لكون دراستنا تبحث في خصوصيات المرأة كثيرا، قد يسبب إزعاجا للنساء إن استجوبن عند غرفة الاستقبال، لذا فقد ارتأينا إلى استجواب المريضات المتواجدات في مصلحة الجراحة وهذا لأسباب عدة:

- كون في كل غرفة مريضتين أو ثلاثة على الأكثر، مما يتسنى عدم الانزعاج وعدم سماع الحديث.
- كل مريضة متواجدة في مصلحة الجراحة تكون قد قطعت شوطا كبيرا مع مرضها مما تكون لديها نظرة وإجابات حول تأثير المرض عليها وعلى وسطها، الشيء الذي يهمنا كثيرا، عكس المصابات بالمرض لأول مرة.
- الوقت الكافي لاستجواب كل مبحوثة بكل راحة، حيث يستغرق استجواب كل واحدة منهن 30 دقيقة على الأقل، هذا الذي لا يتسنى لنا في مصلحة الاستعجالات أو في قاعات الانتظار.

وقد تمت دراستنا في هذه المصلحة خلال الفترة الممتدة من أوائل فيفري، إلى اواخر أفريل 2004، حيث كان عدد النساء المستجوبات في اليوم غالبا من 3 إلى 4 نساء، وفي بعض الأحيان لم نكن نسجل أية حالة نظرا لوجود نفس النساء بتلك المصلحة، حيث كانت مدة مكوث بعض المريضات مدة أسبوع كامل بعد العملية الجراحية أو أكثر، ونستثني أيضا أيام العطل سواء الأسبوعية أو غيرها.

IV- دراســـات سابقة:

الدراسات التي تناولت موضوع الأمراض النسائية أغلبها دراسات طبية، وهناك دراسة تطرقت إلى سرطان الثدي المعنونة بدراسة سوسيوديمغرافية حول مرض سرطان الثدي، دراسة ميدانية يقسم أمراض الثدي بالمركز الوطني لمكافحة السرطان بالجزائر2003-2004 (غير منشورة).

كان الإشكال المطروح في هذه الدراسة حول العوامل الاجتماعية التي تقف حيالها عملية التشخيص المبكر لدى المريضة، فهل هذا يعود إلى ظروفها المادية التي لا تسمح لها بزيارة الطبيب خوفا من تكاليف العلاج المرتفعة و التي قد تؤدي إلى اضطراب ميزانية العائلة و عدم التوفيق في قضاء احتياجاتهم اليومية، أم أن مستواها الثقافي الصحي الذي يفتقد إلى التعاليم الصحية بشكل عام وسرطان الثدي بشكل خاص هو ما يجعلها تتهاون في الأمر و لا تبديه أهمية بالغة، أو أن المستوى التعليمي و محدودية قدراتها الفكرية تجعل تقييمها سببا في انحرافها عن انتهاج السلوك السليم تجاه حالتها.

و كانت الإجابات عن هذه الأسئلة مصاغة في شكل أربع فرضيات و هي:

- الظروف المادية الميسرة للمريضة و عائلتها عامل رئيسي في اللجوء إلى عملية التشخيص المبكر.
- تعتبر الثقافة الصحية للمريضة حول مرضها أحد العوامل الرئيسية للقيام بالتشخيص المبكر.
- الدعم المعنوي العائلي يساهم في مساعدة المريضة في مزاولة العلاج.
- كلما إرتفع المستوى التعليمي للمريضة كلما كان التشخيص مبكرا.

و من الناحية المنهجية قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي و الكمي، فاعتمدت على تقنية الملاحظة و دليل المقابلة مع عينة بحثها المتكونة من 80 مصابة بسرطان الثدي

بالمركز الوطني لمكافحة السرطان بالجزائر العاصمة، و بعدها قامت بتحليل نتائج الاستمارات إحصائيا و سوسيولوجيا، و قد توصلت إلى النتائج التالية:

- فيما يخص علاقة المستوى التعليمي للمريضة مع التشخيص المبكر، ثبت أنه لا توجد علاقة بين هذين المتغيرين، فاستجابة المريضة و ردود أفعالها تجاه الأعراض المنسوبة للمرض و ترجمتها و من ثم التصرف حيالها بطلب الخدمة الطبية السريعة أو التهاون في ذلك، تتحكم فيه عناصر عديدة ذات أبعاد اجتماعية و اقتصادية تحيط بالمريضة ووسطها.
- أما فيما يتعلق بتأثير الثقافة الصحية للمريضة على عملية التشخيص المبكر، وجدت أنها ذات أهمية بالغة، فتوعية الفرد و تحسيسه للاهتمام بحالته الصحية يجعله لا يتهاون من أية أعراض مهما كان اعتبارها إشارات عابرة و قد تزول مع الوقت لأنه أحيانا تظهر بعض الأمور تكون بسيطة في بدايتها و لكن نتائجها تكون و خيمة إذا أهملتها و تغافلت عنها.
- تتوقف استجابة الفرد للمرض بدرجة كبيرة على مركزه المالي، فكلما كانت ظروف المريضة جيدة لطلب الخدمة الصحية و زيارة الطبيب عند تعرضها لتوعكات صحية أو أعراض ما تثير شكوكها بدون أن يشغل بالها بأمور أخرى تقول هي الأولى.
- فيما يخص الدعم المعنوي العائلي فقد وجدت الباحثة أن العديد من مواقف و ردود الأفعال العدوانية و المدمرة تبديها المريضة أحيانا و عائلتها أحيانا أخرى، و دلّ هذا على النظرة التشاؤمية لهذا المرض كونه مرض خطير و مميت، و أن المصابة به لا سبيل لها من النجاة، أو بالأحرى حياتها ستبقى مهددة و غير مستقرة.

إلى جانب هذه الدراسة هناك دراسة أخرى خاصة بالسرطان، و قد تمت في مركز مكافحة السرطان (C.A.C) بالبليدة، على شكل رسالة ماجستير، في قسم علم الاجتماع جامعة الجزائر 2001(غير منشورة).

و جاءت فرضيات البحث كما يلي:

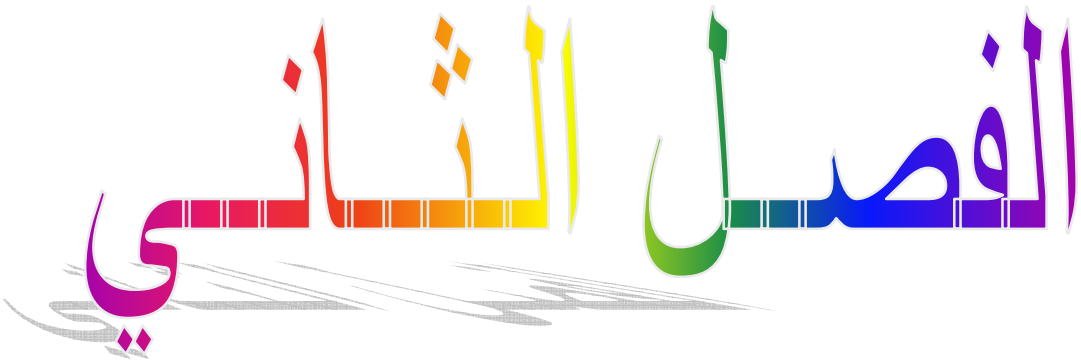
- المرض يحدث تغيرات في جوانب الحياة الاجتماعية للمريض.

- يتسبب مرض السرطان في تكلفة نفسية اجتماعية و اقتصادية تمس المريض و محيطه.
- التمثل الاجتماعي لمرض السرطان عاملا أساسيا في فهم الآثار الناجمة عن هذا الواقع الجديد و عمل التسيير الموافق له.
- يظهر تسيير المرض في هياكل العلاج، التفاعل الحاصل بين المريض و أسرته.
- يفرز المرض كمنتج لوضعية اجتماعية جديدة عمل تسيير على مستوى الحياة اليومية عامة و الحياة الأسرية خاصة.
- يمثل المسار المرضي لمرض السرطان مؤشر سوسيولوجي كاشفا لخصوصية العوامل الاجتماعية الفاعلة في إطار المجتمع الجزائري.

و قد استخدمت الباحثة المقابلة، أما العينة فتمثلت في مجموع المرضى المصابين بالسرطان و عائلاتهم و الفريق المعالج، واستخدمت تقنية تحليل المحتوى و كانت النتائج كما يلي:
- يعتبر التمثل الاجتماعي لمرض السرطان عاملا دالا في فهم المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان و كمسير للأفعال التي يميزها المسار.
- المريض و أسرته فاعلين اجتماعيين يتعاملان مع واقع جديد المتمثل في المرض المزمن، مرض السرطان الذي يتميز بالطول في المدة.
- خصوصية الأمراض المزمنة بصفة عامة و مرض السرطان بصفة خاصة يخلق الشك في سير الأحداث بالنسبة للمريض و أسرته و بالنسبة للمعالجين من جهة أخرى، معايير علائقية جديدة يكون فيها المريض فاعلا على مستوى التصور و الفعل إضافة إلى وضعية هياكل العلاج المرتبطة بالسياق السوسيوتاريخي للمجتمع الجزائري.
- التشخيص و العلاج هي علاقة تفاعلية تخلق عالما اجتماعيا داخل الفضاء الطبي تلعب فيه المعطيات السوسيولوجية دورا أساسيا.

- هناك ارتباط بين الثنائية: صحة - مرض بثنائية فرد - مجتمع على مستوى الحياة اليومية، فالمريض يتحدث عن مرضه انطلاقا من علاقته مع مختلف العوالم الاجتماعية التي ينتمي إليها.

- المسار المرضي هو أداة تحليلية لفهم البناء الاجتماعي التفاوضي لمرض السرطان الذي يتفاعل فيه مجموعة من الفاعلين.



علم الاجتماع الطبي و الصحة

I- نبذة عن علم الاجتماع الطبي.

II- نظرة علم الاجتماع إلى الطب.

III- الاهتمامات الاجتماعية للطب.

IV- نقاش حول أهم مفاهيم علم الاجتماع الطبي.

V- منهج البحث في علم الاجتماع الطبي.

VI- أهمية الصحة في المجتمع

VII- وضعية صحة الأسرة في المجتمع الجزائري

VIII- العلاج بالوسائل التقليدية

تمهيـد:

نقوم في هذا الفصل بتعريف وافر عن علم الاجتماع الطبي، عن تاريخه، اهتماماته، أهم مفاهيمه ومنهج بحثه، ثم ننتقل إلى مفهوم الصحة، أين نعرض أهميتها في المجتمع، وضعية صحة الأسرة في المجتمع وذلك بتبيان خصائص الأسرة والمسكن، وضعية صحة المرأة، الأمراض النسائية الأكثر انتشارا، الصحة الإنجابية والتخطيط العائلي ثم إحصائيات حول الولادات والوفيات، في الأخير نتحدث عن الوسائل التقليدية المستخدمة للعلاج كالأعشاب، العادات الغذائية والأطعمة.

I – نبـذة عن علم الاجتماع الطبي:

يرجع ظهور علم الاجتماع الطبي في المصادر الغربية في كل من أوربا والولايات المتحدة كفرع متميز من فروع علم الاجتماع، إلى الفترة التالية مباشرة للحرب العالمية الثانية، لكن جذور هذا العلم الجديد تمتد إلى ما هو أبعد بكثير من ذلك، وتؤكد نفس المصادر أن تقرير " أدوين شادويك " عن الأحوال الصحية للطبقة العاملة في انجلترا في عام 1842 يعبر عن هذه الحقيقة، علاوة على أن كتابات فيرشوا و سالامون نيومان (حوالي 1848)، تنتمي إلى أدبيات علم الاجتماع الطبي . كما يدخل كتاب موللر لاير " الاجتماع الخاص بالمعاناة في عام 1914، على القدم النسبي لهذا العلم في التراث الغربي.[1]

وما إن القرن السادس عشر ظهرت أفكار تتعلق بأمراض عمال المناجم والعمال الذين يعملون في تجارة السلع الخطيرة، وفي النصف الثاني من القرن السادس عشر كتب "أجريكولا Agricola " و"باراسيلوس Baracelus " في أمراض عمال المناجم، وخلال القرن السابع عشر ظهرت كتابات راما زيني Ramazini. في عام 1556 ظهرت كتب في العلوم المعدنية تتناول مظاهر التعدين التي تتعلق بخلط وصهر المعادن كالذهب والفضة والآلات المستخدمة في التعدين والتهوية والضخ، والأمراض التي يصاب بها عمال المناجم، ووسائل حماية العمال من هذه الأمراض والحوادث. [2]

ونظرا لوطأة الحياة خاصة عند بدء الثورة الصناعية، أدى إلى انتشار الأمراض وسوء الحالة الصحية لدى الطبقة العاملة وإلى بروز أفكار جديدة ونظريات خاصة في فرنسا، حيث كانت أكثر الدول تقدما في النظريات السياسية والاجتماعية، واتجه العلماء الفرنسيون إلى دراسة المشكلات الجديدة التي واجهتهم، واستخدموا في ذلك العديد من التحليلات الإحصائية أهمها المسح الصحي الإقليمي، أو الطوبوغرافيا الطبية، التي ظهرت

---

(1) علي الميكاوي، مرجع سابق، ص 29.

(2) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض،دراسة علم الاجتماع الطبي، المكتب الجامعي الحديث، 1988، ص 154.

لأول مرة في فترة 1792-1795، وتوالت بعد ذلك العديد من الدراسات العلمية الإمبريقيـة والإحصائية للمشكلات الاجتماعية المرتبطة بالصحة، فدرسوا أثر كل من الفقـر، المهنـة، التغذية، الإسكان، اشتغال الأطفال واشتغال النساء وغير ذلك من العوامل الاجتماعية المؤثرة على الحالة الصحية وأدى ذلك إلى ظهور فكرة الطب الاجتماعي سنة1848 .[1]

كما يعود الفضل في تقدم علم الاجتماع الطبي إلى وجود عدد من الأطباء ذوي الآراء والمبادئ الاجتماعية، من هؤلاء المؤلف الذي قدمه طبيب في الجيش البلجيكي عـام 1815، الدكتور " أرما ند جوزيف"، الذي قام خلال ثلاثين عامـا بدراسـة الأحـوال الاجتماعيـة والصحية والاقتصادية للشعب البلجيكي، ثم أصدر كتابه الذي قسمه إلى أربع أقسام :

حيث عالج في القسم الأول منه البيئة الجغرافية للمجتمع البلجيكي.

في القسم الثاني، قام بدراسة أسباب الوفيات وأهم الأمراض المسببة لها.

أما القسم الثالث، فقد أفرده لبحث العوامل المجتمعية المؤثرة في الأمراض من منـاخ وتغذية وإسكان ومستوى اقتصادي وإدمان على الخمر وغيرها.

أما القسم الرابع، أشغل فيه لبحث التدابير الاجتماعية التي يمكن أن يؤخذ بها لعـلاج المشكلات الصحية والمرضية. [2]

و انتقلت فكرة الطب الاجتماعي إلى ألمانيا وغيرها من الدول وخاصـة فـي وسـط وشرق أوربا، ثم ظهر تعبير " الاجتماع الطبي " في الفترة التي سبقت الحرب العالمية الأولى في أوائل القرن العشرين، فقد ظهر في فرنسا وألمانيا ثم ظهر وتطور بسـرعة أكثـر فـي الولايات المتحدة وبريطانيا من خلال الاهتمام بالصحة العامة والعمل الاجتماعي

---

(1) فوزية رمضان أيوب، دراسات علم الاجتماع الطبي ، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1985، ص 24.

(2) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، مرجع سابق، ص 156.

المنظم، حيث انطلق العمل في المجال الصحي والعلوم الاجتماعية من قاعدة واحـدة للعمـل على مقاومة الأمراض، وتوفير ظروف أفضل للعمل في المصـانع والمنـاجم، والاهتمـام بالتغذية والإسكان وظهرت هذه المحاولات في نطاق دراسات الصـحة العامـة والاجتمـاع الطبي. [1]

هناك دراسات وكتابات كان لها الفضل في بروز وتطور علم الاجتماع الطبي، نـذكر منها مؤلفات الدكتور " ألفرد جروتجان " عام 1911، حيث نصح بأن يستخدم الطبيب مركزه ودوره في المجتمع في النهوض بالصحة الاجتماعية، وفي رأيه وجوب إدخال مادة الصـحة الاجتماعية في دراسة الطب على أن تشمل هذه المادة جوانـب إحصـائية وأنثروبولوجيـة وتربوية واقتصادية مع التركيز على التحليل الفيزيولوجي لمشكلات الصحة الاجتماعية.[2]

وقبل ذلك أي فـي سـنة 1902 اسـتخدمت " أليزابيـت بـلا كويـل " Elisabeth Blackwell مصطلح "الاجتماع الطبي" كعنونة لمجموعة من المقالات تـربط مـا بـين عوامل اجتماعية وأخرى صحية وطبية، وفي سنة 1910 نشر " جيمس واربـاس " James Warbasse كتابا في " الاجتماع الطبي" أوضح فيه أهمية بعض الإجراءات أو الإصلاحات الاجتماعية الصحية كذلك التعليم الصحي.[3]

وكتب " أدوين ليمرت " Edwin Lemert كتاب الباثولوجية الاجتماعية عام 1951 تناول المنحرفين من جميع النماذج كالمحرومين، ومحتسـي الخمـر والمصـابين بـالعمى والمصابين بأمراض عقلية. [4]

---

(1) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 24.

(2) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، مرجع سابق، ص ص 156، 157.

(3) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 25.

(4) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، مرجع سابق، ص ص 157، 158 .

وفي ثلاثينات وأربعينات القرن العشرين، ظهرت العديد من الدراسات في الطب الاجتماعي والاجتماع الطبي، وازدهر الطب الاجتماعي بشدة بعد الحرب العالمية الثانية وما ساعد في ازدهاره، هو تداخله مع الاجتماع الطبي وظهور مشكلات طبية وصحية جديدة منها، انتشار الأمراض المزمنة، ازدياد نسبة كبار السن في المجتمع والمرضى عقليا والمضطربين نفسيا والمعوقين، بالإضافة إلى تطور المستشفيات كمؤسسات علاجية طبية، فتضاعف حجمها وتضاعفت ميزانيتها وازدادت التخصصات الطبية بها.

وأصبحت الحاجة إلى أعداد كبيرة من الأطباء ضرورة ملحة إلى جانب هيئات معاونة من غير الأطباء، وتعقدت العلاقات الاجتماعية بداخلها، وفي نفس الوقت اتسع نطاق العلوم الاجتماعية وتطور علم الاجتماع المهني والاجتماع التنظيمي، وزاد الاهتمام بدراسة الأنماط الحضارية، ونظم القيم الاجتماعية، ونظم الرعاية الصحية والطبية التي اتسع نطاقها وتعددت مؤسساتها، وتداخلت الدراسات الاجتماعية مع بعض الدراسات الطبية أو الصحية، وازداد عدد الدارسين والباحثين وتنوعت اتجاهات البحث ومجالاته فلم تعد مشاكل التصنيع والتحضر هي المشكلات الأساسية فقط، بل زاد عليها على سبيل المثال لا الحصر، مشكلات تلوث البيئة والبيروقراطية في الخدمات الصحية، والتطور التكنولوجي في الطب وما نتج عنه من مشكلات إزاء هذا التطور الذي حدث في الدراسات الذي حدث في الدراسات الاجتماعية الطبية من حيث المجال والمنهج والكم والكيف. اعتبر معظم علماء الاجتماع في أمريكا وانجلترا أن علم الاجتماع الطبي قد ظهر بعد الحرب العالمية الثانية كفرع حديث لعلم الاجتماع، بل وظهرت معه وإلى جانبه وكجزء منه في بعض الدراسات الأنثربولوجية الطبية بشقيها، الاجتماعية الحضارية والطبيعية.[1]

وهكذا فإن جذور الاجتماع الطبي تكمن بعيدا في أعماق القرن التاسع الميلادي وما تلاه عند العرب المسلمين، ثم بدأ الاهتمام به في الغرب وأمريكا خلال القرن التاسع عشر، أي بعد عشرة قرون حتى وصل إلى مستوى فائق على مدى ربع القرن الأخير

(1) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص ص 25 ، 26 .

(1950-1975)، غير أن ازدهار هذا العلم قد انحصر في البلدان الصناعية، بالتالي يمكن القول بأنه لم يجذب اهتماما كبيرا نحو مشكلات الخدمات الصحية في بلدان العالم الثالث إلا في حدود ضيقة. [1]

II- نظرة علم الاجتماع إلى الطب :

يعتبر علم الاجتماع الطبي مجال للتداخل العلمي والاعتماد المتبادل بين علوم متعددة، ولا يستفيد هذا العلم الجديد من جهود ودراسات علماء الاجتماع وعلماء النفس الاجتماعي فقط، بل يستفيد أيضا من جهود الباحثين في مجال الطب والصحة العامة وعلماء الأوبئة، اقتصاديات الصحة، الأطباء المهتمين ببحث ودراسة الأدوار التي يؤدنها.

وعلى هذا فإن علم الاجتماع الطبي يمثل مجالا مشتركا بين الطب وعلم الاجتماع، ويمثل من ناحية أخرى مجالا للبحث التطبيقي، من هنا يعرف " دافيد مكانيك"Mechanic D. علم الاجتماع الطبي بأنه مجموعة من الجهود الرامية إلى تطوير الأفكار السوسيولوجية داخل سياقات الأنساق الطبية، وإلى الدراسة التطبيقية الهامة فيما يتصل بعمليات المرض ورعاية المريض.[2]

وترى ماجدة حافظ أن الطب يهتم بقضايا الصحة والمرض وعلم الاجتماع يدرس البناء الاجتماعي، بالتالي فعلم الاجتماع الطبي يمثل حلقة الوصل بين العلمين، الاجتماع والطب، بمعنى أنه يدرس قضايا الصحة والمرض في ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والإدارية، أما علي الميكاوي فقد عرف علم الاجتماع الطبي على أنه الدراسة السوسيولوجية لقضايا الصحة والمرض، وتناول المستشفى كنسق اجتماعي وثقافي، وفحص علاقة المريض بالقوى العاملة الطبية وبالمؤسسات العلاجية كما يحددها البناء الاجتماعي والوضع الطبقي.[2]

---

(1) علي الميكاوي، مرجع سابق، ص 34.

(2) علي الميكاوي ، مرجع سابق، ص 40.

أما حسين عبد الحميد أحمد رشوان فإنه يرى أن "علم الاجتماع الطبي يعني بدراسة العوامل الاجتماعية كالعادات والتقاليد والمعتقدات التي تؤدي إلى الأمراض، ويهتم بطائفة من الأمراض التي يتعرض لها الفرد إذا عاش في مناخ اجتماعي معين مثل أمراض المهنة أو كل ما يتصل بالمرض المهني، كما يعني بالأمراض الاجتماعية التي تسبب مشكلات، كالإدمان على المخدرات والخمر ومظاهر النشاط الجنسي المبكر و غيرها".[1]

ويستخدم علم الاجتماع الطبي المواقع الطبية والصحية في دراسة ظواهر سوسيولوجية، مثل البناء التنظيمي وعلاقات الدور وقيم الأشخاص العاملين في الميدان الطبي، وبعبارة أخرى، دراسة ميدان الطب كنسق للسلوك.[2]

بالنسبة لفوزية رمضان أيوب، فإنها تعرف علم الاجتماع الطبي أنه فرع من علم الاجتماع العام يدرس ما يدرسه علم الاجتماع في علاقته بالناحية الصحية والطبية في المجتمع، بمعنى أنه يدرس العلاقات الاجتماعية والتنظيمات الاجتماعية والمؤسسات الاجتماعية التي ترتبط أو تؤثر بالنواحي الطبية والصحية.[3]

---

(1) علي الميكاوي، مرجع سابق، ص41.
(2) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، مرجع سابق، ص ص، 131، 132.
(3) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص19.

III- الاهتمامات الاجتماعية للطب:

للحصول على صورة واضحة عن مجالات اهتمام علم الاجتماع الطبي، نتطرق إلى أهم موضوعات الدراسة التي تطرق لها دافيد ميكانيك نذكر منها:

1- **توزيع المرض وأسبابه**: يهتم علماء الاجتماع بالتعرف على توزيع الأمراض بين السكان والعوامل المؤدية إلى ظهورها بطريقة معينة دون الأخرى، والشائع في التراث هو الاهتمام بالأمراض المزمنة والاضطرابات العصبية.[1]

2- **الاستجابات الثقافية والاجتماعية للمرض**: يقوم علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا في هذا المجال بدراسة وتحليل إدراك الناس لأعراض المرض وللأمراض ذاتها، وطريقة تعريفهم للمرض وهم يدرسون هذه الإدراكات والاستجابات في أوساط اجتماعية ثقافية مختلفة.[2]

3- **الضغوط الاجتماعية والأمراض**: يهتم كثيرا كل من علماء الاجتماع وعلماء النفس الاجتماعي بدراسة مصادر الضغوط والمشكلات الاجتماعية والعلاقة بين هذه الضغوط وبين الإصابة بالأمراض.[3]

4- **الطب النفسي الاجتماعي والمجتمعي**: هناك عوامل اجتماعية ومجتمعية عديدة تؤثر في ظهور بعض الأمراض وفي الاستجابة للعلاج منها، والطب النفسي الاجتماعي والمجتمعي لا يهتم فحسب بدراسة السياق الاجتماعي للصحة والمرض، إنما الهدف منه دراسة مختلف العوامل التي تحقق ارتقاء في المستوى الصحي للأفراد، وارتفاع في درجة الوعي الطبي والوقاية من المرض، والاستجابة النفسية الصحيحة للمرض والعلاج. [4]

---

(1) محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص31.

(2) محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص32.

(3) محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص33.

(4) محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص34.

IV- نقاش حول أهم مفاهيم علم الاجتماع الطبي:

تعتبر الصحة والمرض والسلوك المرضي من أهم مفاهيم علم الاجتماع الطبي، لهذا نسرد البعض منها.

1- الصحة:

هناك تعريف سلبي يعتبر أن الصحة هي غياب المرض الظاهر، وخلو الإنسان من العجز والعلل، بالتالي فمن الممكن النظر إلى الأشخاص الذين لم يشعروا بالمرض، ولم تبدو عليهم علامات الاعتلال عند الفحص بأنهم أصحاء، ولكن هذا المفهوم ضيق للغاية خاصة إذا قارناه بتعريف منظمة الصحة العالمية والذي يذهب إلى أن الصحة هي حالة التحسن الجسمي والعقلي والاجتماعي الكامل، وليس مجرد غياب المرض أو العلة،[1] وهناك منظورات عديدة تفسر مفهوم الصحة كل حسب اتجاهها مثلما سنراه فيما يلي:

أ- **النظرة الطبية العلمية للصحة**: تسمح بالنظر إلى الجسم ككل أو عضو من الأعضاء أو جهاز من أجهزة الجسم على أنه في حالة صحية طيبة، إذا كان يؤدي وظائفه بفعالية، مشبعا للحاجات، مستجيبا لمتطلبات الحياة أو حاجيات البيئة، سواء في ذلك الاحتياجات الداخلية أو الخارجية ومؤديا دوره في النمو والتكاثر. [2]

ب- **النظرة الاجتماعية الطبية**: الصحة هي القدرة الذاتية الضرورية والكافية بدرجة مرضية، لكي يؤدي الفرد بكفاءة وفعالية الوظائف المتعددة والمتنوعة التي يكون عليه أن يؤديها في نطاق النظام الاجتماعي الذي يعيش فيه وعلاقته بالبيئة أو البيئات التي يوجد فيها أو يرتبط بها.[3]

---

(1) علي الميكاوي، مرجع سابق، ص 58.

(2) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص42.

(3) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص47.

ج- المنظور المجتمعي: يهتم بالعلاقة بين الصحة والنظم الاجتماعية الأخرى، فهذا المنظور يعني أساسا تحليل الأساليب الكيفية، التي تستخدم بها الصحة لمعالجة المشكلات الموجودة في المجالات الأخرى للنشاط الاجتماعي.[1]

د- المنظور الثقافي: يرى أن صحة الناس تعكس الأسلوب الذي يختارونه للحياة، وتظل تلك الحقيقة مسألة بالغة الأهمية، فأنواع الأمراض ومعدلات الوفيات وأنواعها في المجتمع تتأثر كثيرا بالقيم المتصلة بتنظيم الأسرة والعمل والترويح. [2]

2- المـرض :

يعتبر مفهوم المرض مفهوما محوريا في كتابات وأعمال المهتمين بالأمور الصحية والطبية والاجتماعية، لهذا نسرد مجموعة من المنظورات التي تفسر معنى المرض في توجيهاتها واستخداماتها.

أ- النظرة الطبية العلمية للمرض:

يعني الفشل والاضطراب في عمليات النمو والتطور وأداء الوظائف والتكيف سواء بالنسبة للجسم ككل أو لأي من أعضائه وأجهزته. [3]

ب- المنظور الثقافي:

يهتم هذا المنظور بدراسة العلاقة بين المضمون الثقافي أي أساليب الحياة الثقافية ومختلف تعريفات الصحة وأنواع الاستجابات للمرض، ويرجع ذلك إلى افتراض مبدئي مؤداه أن النماذج الثقافية والأساليب النمطية للحياة تؤثر تأثيرا كبيرا في تصورنا للمرض واستجابتنا له وتعبيرنا عنه.[4]

---

(1) محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص 86.

(2) محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص 67.

(3) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 42.

(4) محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص65.

ج- المنظور الاجتماعي:

على الرغم من أن المنظور الاجتماعي قد يبدو متداخلا مع المنظور الثقافي، إلا انه يفيد في توجيه اهتمامنا نحو متطلبات الحياة الأسرية، والعمل والأنشطة الاجتماعية بوجه عام، وهنا نهتم بالكيفية التي يحدث من خلالها التلاؤم بين السمات الإنسانية، أو استجابات الأفراد، بين متطلبات الحياة الاجتماعية والبيئة الطبيعية والاقتصادية ففي أي نسق من أنساق النشاط المجتمعي هناك فرص متاحة للأفراد للتعامل مع بيئات اجتماعية متنوعة.[1]

3- سـلوك المـ ـرض:

يعني مفهوم سلوك المرض الطريقة التي يدرك بها الإنسان بعض الآلام الأولى للمرض ويتعرف على التعب أو أية علامة أخرى للاعتلال الوظيفي للجسم ويقيمها ويتصرف نحوها. [2]

بيد أن الاستجابة للأعراض المرضية تختلف باختلاف الأشخاص، حيث تتباين إدراكاتهم لهذه الأعراض، وتتنوع التقويمات التي يمنحونها لها، ومن ثم نجد نماذج مختلفة من أنماط السلوك والتصرفات إزاءها، وهذا التباين في الاستجابات بصفة عامة إنما يرتبط بالمواقف الاجتماعية والإطار الثقافي للمجتمع ككل، وربما ترجع الأسباب أيضا إلى الخبرات السابقة بالمرض، أو التدريب السابق حول كيفية مواجهة هذه الأعراض أو إلى الفروق في الحساسية الجسمية بين الأشخاص وهكذا تصبح دراسة السلوك المرضي في حقيقة الأمر، دراسة للفروق في الاستجابة للمرض والأعراض المرضية، وتحليلا لمدى اهتمام الأشخاص بالسعي من أجل الحصول على الرعاية الطبية، ثم فحص المتغيرات السلوكية والاجتماعية والثقافية المرتبطة بهذه الاستجابات، وأثر ذلك على التوافق مع متطلبات الحياة والعمل.[3]

---

(1) محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص 71.

(2) علي الميكاوي، مرجع سابق، ص64.

(3) محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص ص 123، 124.

V- مفهـوم البحث في علم الاجتماع الطبي:

علم الاجتماع الطبي هو فرع من علم الاجتماع العام، لذلك فإن مناهج البحث العلمي الاجتماعي تستخدم أيضا في علم الاجتماع الطبي، غير أن هناك ملاحظات على الباحث أن يأخذها في اعتباره، حتى يسير منهجه وفقا لموضوع بحثه. [1]

VI- أهمية الصحة في المجتمع :

تتجلى أهمية الصحة في المجتمع حسب درجة تأثير المرض ودور المريض والطبيب والأسرة، تأتي المؤسسات الصحية كاستجابة لها، فوجود أي مجتمـع أو جماعـة أو أسـرة مرتبط بمجموعة من الأدوار الاجتماعية التي يلعبها ويؤديها كل فرد ضمن هذا المجتمـع أو المجموعة أو الأسرة وتمثل هذه الأدوار، نشاطات و واجبات هامة غالبا ما تكون ضـرورية لبقاء الجماعة والفرد،[2] كما يعرف "مندراس" MENDRAS الدور الاجتماعي بأنه رزمـة توقعات تحدد سلوك الفرد ضمن موقع محدد، [3] بمعنى آخر مختلف السلوكات التي نقوم بها بواسطة مركزنا للاستجابة لتوقعات الأفراد الآخرين ضمن الجماعـة ونقصـد بـالمركز أو الوضع الاجتماعي، الموقع الذي يحتله الفرد ضمن مجموعة معينة، أو الموقع الـذي تحتلـه المجموعة في مجتمع معين.[4]

من هذه الوجهة النظرية يمكن تعريف أية جماعة أو مجتمع كأنه بنيـة أدوار توجـد مستقلة عن الأفراد الذين يؤدنها، [5] بالإضافة إلى دور المريض ضمن المؤسسـة الأسـرية الذي ينحرف عن دوره السابق في الأسرة، مما يؤدي إلى انحراف هذه الأخيرة عن عاداتهـا السابقة، كذلك إذا ما أصيب العامل بالمرض فانه يؤثر سلبا على الإنتاج الصـناعي، نفـس الشيء بالنسبة لباقي المؤسسات الموجودة في المجتمع.

- - - - - - - - - - - - -

(1) فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص32.

(2) ريمون بودون وفرانسوا بوريكو، المعجم النقدي لعلم الاجتماع ،تر: سليم حداد، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائـر، 1986، ص ص 288، 289.

(3) C. Couvreur, sociologie et hôpital, édition A Deboeck, B Bruxelles, 1978, p 53.

(4) ريمون بودون وفرانسوا بوريكو، مرجع سابق، ص 595 .

(5) A. d'Hou taud, M. G. Field, la santé, approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société, presse universitaire de Nancy, 1989, p 206.

فأثر المرض على المجتمع يتعلق بعدة عوامل كمية وكيفية، إذ لابد من معرفة عدد أو نسبة الأشخاص المتوقفين لأن هناك فرق بين الأوبئة وبعض الحالات في السكان، من جهـة أخرى لابد أن تكون لدينا فكرة عن أهمية الأدوار وسهولة أو صعوبة إيجاد بديل،كما يجـب الأخذ بعين الاعتبار درجة توقف الفرد، ما إذا كان كلي أو جزئي. [1]

هناك مجموعة من المشاكل قد تؤدي إلى عدم إمكانية القيام بالأدوار وهي عدم القدرة اللاإرادية، تجعل أفراد المجتمع عاجزين عن تأدية الأدوار المنتظرة منهم، وهنا نـتكلم عـن نتائج الأمراض والحوادث والموت، حيث أن المرض والحادث يمثلان خاصيتان أساسـيتان، واحدة معروفة والأخرى أقل لنتائجها وأثارها على النظام الاجتماعي، فالخاصية الأولى تتعلق بالوجه الشخصي، الذاتي للمرض أو الألم، أي فـي المجتمـع أسـاس المؤسسـة العياديـة والعلاجية، فالمرض بالمعنى العام"سوء الصحة "هو من طبيعة الإنتاج، ناتج عن الخصائص الفيزيولوجية للجسم والعقلية الشخصية فهو حالة عامة لا يمكن لأي إنسان الهروب منها، أما الخاصية الثانية فهي نتيجة للأولى حيث أن تهرب أفـراد المجتمـع مـن تأديـة أدوارهـم وواجباتهم، هذا ما يطرح مسالة سير المجتمع.[2]

وقد طور الإنسان عبر العصور تصوراته الخاصة بالأمراض وأسبابها، حتى يقلل من تأثيرها عليه وهذه التصورات نابعة في أغلب الأحيان من فكرة الإنسان حول الصحة، وقـد حددت الطريقة الوضعية والعلم ضمن المجتمعات الحالية،اقتراب الإنسان تجاه الصحة وقـد تناول الطب الحديث بعض كيفيات التكفل نذكر منها الوقاية، التشخيص، التنبؤ، العلاج، إعادة التكيف، حراسة المرضى الذين لا يمكن علاجهم طبيا والتربية الصحية.

كل هذه الطرق عبارة عن كيانات ثقافية، فهي عبارة عن أفكار وتصورات وتعليمات ووصـفات ومنـاهج يسـتعملها الممارسـون لمواجهـة المسـائل الصـحية المـذكورة،

- - - - - - - - - - - - - - - - - -

(1) A. d'Houtaud, M. G .Field, OP, cit, p 20

(2) A. d'Houtaud, M. G .Field, OP. cit, pp, 208,209

إلا أن هذا التحليل الثقافي للنظام الصحي لا يكون مكتملا إلا إذا أخذناه كذلك مـن الوجهـة السوسيولوجية، أي الطريقة التي يؤدي بها المستخدمين أدوارهم المختلفة وكذلك تنظـيمهم، وضعيتهم القانونية والأوجه الأخرى لهذا التنظيم، حيث أن منتوجهم يمكن اعتباره المنتـوج الطبي الخام للنظام الصحي. [1]

1 ـ علم الاجتماع الطبي والصحة :

يهتم علم الاجتماع الطبي بالتشـقيف الصحي والجانب الاجتماعي في الـنظم الصـحية، والصحة الشخصية للدرجة التي جعلت بعض الأطباء الاجتماعيين ينادون بأن أفضل تسـمية تطلق عليه، "علم الاجتماع الصحة "بدلا من علم الاجتماع الطبي، حيث يعمل على تحسـين صحة المجتمع ويبين مدى تأثير ذلك على التعليم والعمل ومستوى المعيشة والصحة والزواج والإسكان، كما يبين تأثير هذه العوامل على صحة ونفسية الفرد.[2]

2 ـ علاقة النظام الصحي بالمجتمع :

هناك علاقة تأثير متبادلة بين النظام الصحي والمجتمع، فكلما تدهورت الصـحة فـي المجتمع وانتشرت الأمراض والأوبئة، نتج عن ذلك تطور في النظام الصـحي ككـل فيمـا يخص موارده المادية والبشرية لإستعاب كل هذه الحالات والبحث عن الحلول الناجعة مـن أجل القضاء أو الحد من هذه الأمراض والتكفل بها، وذلك يؤدي في بعـض الأحيـان إلـى إحداث تغيرات جذرية في النظام الصحي وحتى إلي قفزة نوعية. بالمقابل فإن تطور المجتمع في أنظمته الاقتصادية والاجتماعية وازدهاره ورفاهيته، يؤدي إلي تطور النظـام والعكـس بالعكس صحيح ،لهذا نرى أن المجتمعات المتطورة تملك نظاما صحيا متقدما، وهـذا يـؤثر إيجابا على الصحة وعلى المجتمع مما يساهم في الرفاهية والراحة، فالعلاقة الطردية بينهمـا تكسب الشرعية الاجتماعية للنظام الصحي فيتوالد هناك تقبل وتدعيم للمجتمع لهذا النظام مما يعتبرونه فعال ونافع وهام، كذالك يؤدي إلى تطور في الموارد الاقتصادية والموارد البشرية بارتفاع عدد المستخدمين بقطاع الصحة كما

---

(1) A. d'Houtaud, M. G .Field, OP. cit, p 21

(2) حسين عبد الحميد احمد رشوان، مرجع سابق،ص ص، 133، 134.

وكيفا، وذلك بازدياد عدد الكفاءات والأخصائيين، بالإضافة إلى تطور"المعرفة العلميـة والتكنولوجية، فهذه تختلف عن سابقتها فالمال والمستخدمين والشرعية هي مـوارد محـدودة بينما المعرفة هي مورد ثقافي سرعان ما تكتسب يمكن استعمالها، أو تطبيقها مرات عديـدة دون التقليل أو التقصير منها مثلا تقنية في الجراحة والتشخيص، بينما تطبيق هذه المعرفـة يتطلب دائما ثمن."[1]

3- الأسرة والصحة:

للأسرة مكانة هامة ومتميزة بالنسبة للمؤسسات الاجتماعية الأخرى، وقد اهـتم بهـا الفلاسفة والمفكرون منذ القدم، كما ركزت عليها مختلف الأديان أيضا وذلك بسبب الآثار التي تخلفها في الزوجين والأولاد والحاجات التي تقتضيها لهم، وللنتائج التي تحدثها في المجتمع. "والأسرة باعتبارها مؤسسة اجتماعية تتواجد وتندمج ضمن إطارها الحقيقي وهو المجتمـع،"[2] فإنها تؤثر وتتأثر بصحة ومرض أحد أفرادها باعتبارها البيئة المحيطة بالمريض وذلـك حسب درجة المرض، فإذا كان فعلا مرضا خطيرا يؤدي إلي الخروج على السلوك اليـومي المعتاد في نطاق الحياة الأسرية، لأنه في الأحوال العادية ليس هناك ما يحمل أفراد الأسـرة على الخروج على الروتين لهذا غالبا ما تختفي العواطف والانفعالات فـي زحمـة الحيـاة اليومية.[3]

VII- وضعية صحة الأسرة في المجتمع الجزائري:

1- خصائص الأسرة الجزائرية:

حسب معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002، فإن حجم الأسرة مثل 5 إلى 7 أشخاص بنسبة 44.2 % في مجملها، بحيث 73.8% من العـائلات تتكـون مـن 5 أشخاص فأكثر، ونجد حجم العائلة في المناطق الريفية أعلى منها في المناطق الحضرية.

---

(1) R. g Evans et G. L Stoddart,"produire de la santé, consommer des soins", Etre ou ne pas être en bonne santé, les presses de l'université de Montréal, Paris, 1996. p 65.

(2)M. Boutefnouchet, la famille algérienne, évolution et caractéristiques récente, SNED, 1982, p 24.

(3) محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص، 362.

وحسب نفس المصدر فإن معظم العائلات يكون فيها رب الأسرة "رجل" بنسبة 88.5% وفي المناطق الحضرية فإن 14% من العائلات يكون فيها رب الأسرة "امرأة". بلغ سن رب الأسرة 49.8 سنة على المستوى الوطني، بحيث بلغ 48.3 سنة في المناطق الحضرية و49.2 سنة في المناطق الريفية،[1] تقريبا نصف أرباب الأسر 48% لم يلتحقوا بالمدارس.[2]

2- خصائص المسكن:

تعتبر مميزات المسكن من أهم العوامل التي لها تأثيرا على صحة العائلة.

بصفة عامة 41% من العائلات تقيم في منازل فردية أو في فيلات، يأتي نمط البيوت التقليدية في المرتبة الثانية ثم تتبع بنمط الشقق، وفي المرتبة الأخيرة يأتي نمط البيوت القصديرية.

العدد المتوسط لعدد الغرف في البيت الواحد هو 3 غرف، 3.1 في المناطق الحضارية و2.8 في المناطق الريفية.[3]

3- وضعية صحة المرأة:

تمثل النساء المتزوجات اللواتي يتراوح أعمارهن بين (15-49 سنة) أغلبية النساء غير العزبات، في حين تمثل الأرامل، المطلقات والمنفصلات عن أزواجهن أخفض نسبة عند هذه الفئة، 45.5% من النساء من نفس الفئة العمرية هن أميات 20.6% ذوات المستوى الابتدائي و14.4% من المستوى التعليمي المتوسط و3.1% من المستوى الثانوي فأكثر 82.6% من مجموع النساء غير العزبات في سن الإنجاب، لم يقمن بأي عمل مأجور[4]

---

(1)Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, office national des statistiques, ligues des états arabes, enquête Algérienne sur la santé de la famille, 2002, juillet 2004, pp 20, 21. 2002

(2 Ministère de la santé et autres, enquête Algérienne sur la santé de la famille, 2002,op.cit,p22

(3 enquête Algérienne sur la santé de la famille, 2002,op.cit,pp 23, 24.

(4) enquête Algérienne sur la santé de la famille, 2002,op.cit, pp 28, 29

تشير بيانات المسح أن حوالي 80% من الأمهات تلقين رعاية أثناء الحمل لأخر ولادة حية، و أن حوالي 19.3% لم يتلقين أي فحص طبي، و تتفاوت نسب عدم تلقـي الرعايـة حسب الوسط حيث تبلغ 27.6% في الريف مقابل 12.4% فقط في الحضر، و أن حـوالي 62% منهن تلقين الرعاية أثناء الحمل من طرف الأطباء وحوالي 30% من الحالات تمـت من طرف الممرضات و القابلات.

أغلبية الولادات تمت في منشآت صحية و بالأخص بالمستشـفيات، و بلغـت نسـبة الولادة بالمنزل 8.8% علي المستوى الوطني ترتفع في الوسط الريفي إلي 14.6 % مقابـل 4.1% فقط في الوسط الحضري.[2]

و فيما يخص دائما مكان الولادة فإن حوالي 71% من الولادات تمت داخـل مراكـز حكومية و 5% في عيادات خاصة، و حوالي 23% من الولادات تمت في المنازل، تشـير هذه البيانات إلي أنه في حين تجرى معظم عمليات الكشف أثناء الحمل في عيادات خاصـة، فإن معظم عمليات الولادة تتم في المراكز الخاصة التابعة للدولة، هذا وقد تمت 77% مـن الولادات بمساعدة كادر طبي مؤهل(70% قابلات قانونيات، 7% أطباء) في حين تمت عملية الولادة بمساعدة قابلات غير مؤهلات في حوالي 17% من الحالات، و بمساعدة الأقارب في 3% من الحالات، و ترتفع معدلات الاستعانة بالقابلات غير المؤهلات و الأقارب للمسـاعدة في عملية الولادة في المناطق الريفية، وفي إقليم الهضاب العليا.[3]

توضح نتائج المسح أن 44.2% من نساء العينة يـرون أن صـحتهن جيـدة مقابـل 50.5% صرحن بأن صحتهن متوسطة، بينما 5.1% صرحن أنها سيئة.

---

(2) وزارة الصحة و السكان، ONS، جامعة الدول العربية، المسح الجزائري لصـحة الأسـرة، جـوان2003، ص ص 29،27،28,ص.

(3) وزارة الصحة و السكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، المسح الجزائري حـول صـحة الأم و الطفل، المشروع العربي للنهوض بالطفولة، 1992، ص287.

الإصابة بالأمراض المزمنة الأكثر شيوعا بين النساء و التي يأتي في مقدمتها ارتفاع ضغط الدم حيث بلغت نسبة الإصابة به حوالي 5% ثم مرض المفاصـل 3.1% و قرحـة المعدة 3%.[1]

4- الأمراض النسائية الأكثر انتشارا:

أ- تدلي الرحم : حسب نفس المسح فإن 6.5%من مجموع النساء في سن الإنجاب يعانين من أعراض تدلي الرح، لوحظ أن هذه النسبة تتفاوت حسب وسط الإقامة، سـن المـرأة وعـدد الولادات الحية، وهي مرتفعة في الأوساط الريفية عن الأوساط الحضرية فقد قـدرت 7.7% مقابل 5.7% على التوالي، هذه النسبة أيضا ترتفع مع ارتفاع سن المرأة، فهي تصل إلى3.5 %عند الفئة 15-29 سنة، 7.1 %عند الفئة 30-39 سنة، 7.8% عند الفئة 40-49 سنة.

وقد صرحت ثلث النساء أنهن يعانين من أعراض المرض منذ عـام حتـى عـامين، 28.4 % يعانين منذ 5 سنوات أو أكثر،19.8 % منذ 3 إلى 4 سنوات، 10% منذ أقل مـن سنة.[2]

ب- خلل في الجهاز البولي: incontinence urinaire

نسبة النساء اللواتي يعانين من الإصابة في الجهاز البولي حوالي8.5%، هذه النسـبة تتباين حسب السن وعدد الولادات الحية.[3]

ج- التهاب عنق الرحم:

بلغت نسبة النساء في سن الإنجاب المصابات بالالتهابات في عنق الرحم11.3%، هذه النسبة تتأثر بمكان الإقامة وعدد الولادات، 54.3% منهن صرحن بعدم الالتحاق

---

(1) وزارة الصحة و السكان و آخرون، مرجع سابق، ص30.

(2)Ministère de la santé et de la population et autres, enquête algérienne sur la santé de la famille, OP.cit, p 146.

(3) Ministère de la santé et de la population et autres, enquête algérienne sur la santé de la famille, OP.cit, p 147.

مراكز العلاج وذلك لأسباب عديدة، منها كون الزوج مشغول وغير قادر على المرافقة بنسبة 12.7 % و 14.3 %أخذن الأمر باستهزاء و11.2% يعتبرن أنه من غير الضروري القيـام بالفحوصات الطبية، أما العامل الاقتصادي وذلك بغلاء ثمـن الكشـف فقـد وصـلت إلـى 13.5%[1]

د- مشاكل في الدورة الشهرية:

81% من النساء بعانين من اضطراب الدورة الشهرية، 6.7% منهن بعانين من الآم، 5.3% يعانين من نزيف غير عادي و 4.8% الطمث الذي يدوم أكثر مـن 6 أيـام. هـذه الأعراض ترتفع عند النساء المسنات والقريبات من سن اليأس وحتى من وصلن إليه 45-59 سنة،[2] أعطت نتائج المسح أن معظم الفحوصات تكون عند طبيب خاص بنسبة 60.4%، أما عند العيادات ومراكز الصحة فتمثل 18.6 %، فيما يخص نسـبة النسـاء اللـواتي يقمـن بالفحوصات في المستشفيات ومراكز الأمومة تمثل ب 12.3% [3]

5- الصحة الإنجابية و التخطيط العائلي:

نتائج الدراسات الوطنية التي أقيمت خلال السنوات الأخيرة تبين مدى التطور الـذي حصل في مجال التخطيط العائلي بلغت نسب استعمال وسائل منـع الحمـل الحديثـة سـنة 1992بـ 43.1 % ، ترتفع خلال سنة 1995 إلـى 49% و إلـى 50.1% سـنة 2000، 51.8% سنة 2002.

وقد خلصت الجمعية العامة حول السكان والتنمية لسنة 1994 إلى الخروج بتوصيات تدور أساسا حول المحاور التالية:

- توسيع شبكة الاستقبالات للتخطيط العائلي وتحسينها خاصة في المناطق المعزولة.
- تحسين نوعية الخدمات .

(1) Ministère de la santé et de la population et autres, enquête algérienne sur la santé de la famille,op.cit pp 148,149

(2) Ministère de la santé et de la population et autres, enquête algérienne sur la santé de la famille;op.cit 150.

(3) Ministère de la santé et de la population et autres, enquête algérienne sur la santé de la famille,op.cit p 151.

- توسيع تحاليل سرطان عنق الرحم وكذا الأمراض المتنقلة جنسيا.[1]

6- الولادات والوفيات:

انخفاض عدد الولادات كان محسوسا منذ 1986 خاصة خلال عشـرية التسـعينات، وبالتحديد منذ 1994.

انتقل معدل الولادات من 28.98‰ سنة 1994 إلى 19.36 ‰ سنة 2000، وهـذا راجع إلى عدة أسباب منها، تراجع عدد الزيجات، انتشار استعمال وسائل منع الحمل وغلاء المعيشة.

نفس الشيء حدث مع معدلات الوفيات فقد انخفضت من 6.56 ‰ في 1994، وفـي 2002 انخفض إلى 4.41‰.هذا الانخفاض المحسوس مرتبط بشكل كبير بانخفاض وفيـات الأطفال، حيث انتقل من 142‰ سنة 1970 إلى 84.72‰ سـنة 1980 ووصـلت إلـى 34.7‰ سنة 2002.[2]

VIII- العلاج بالوسائل التقليدية:

يعتقد دائما أن قبل اللجوء إلى العلاج، هناك طرق للوقاية من المرض، وبذلك يتـوفر لدينا الجهد والعناء والألم وحتى المصاريف، فكما يقال "درهم وقاية خير من قنطار عـلاج"، هذه الوقاية تبدأ أولا بالنمط الغذائي السليم.

1- الأطعمة وعلاقتها بالصحة:

إن تناول الطعام الصحيح يعطي الفرصة للتمتع بالحياة السعيدة، لأن الأمراض وسوء الصحة مردها إلى سوء التغذية، فالطعام الرديء يعطي دما رديئا وأنسجة رديئـة وبالتـالي صحة رديئة، بالإضافة إلى العادات الخاطئة في تناول الأطعمة تؤدي بالإنسان

(1)Ministère de la santé et de la population, population et développement en Algérie décembre 2003, p 39.

(2) Ministère de la santé et de la population, population et développement en Algérie, pp 14,15.

إلى الإصابة بأمراض القلب والكلى، ارتفاع ضغط الدم والسكر، تصلب الشرايين والسـمنة، فالتغذية السليمة عامل أساسي في نمو الإنسان وتكامل صحته.[1]

2-**العادات الغذائية و الصحة**

إن العادات الغذائية التي نتبعها يمكن أن تؤثر على صحة كل منا، تعرض أو تحمـي أجسادنا من الأمراض، إن النظام الغذائي المتوازن والرياضة المنظمة تفيـد الجسـم كثيـرا وتنشط عمل الأعضاء الداخلية (قلب، رئتين، كبد، كلى، معدة، أمعاء ...)، كمـا أن نوعيـة الطعام وكميته تؤثر على عمل القلب وعلى صحة الشرايين، حيث أن تناول الأطعمة الفقيرة بالفيتامينات والأملاح المعدنية تؤدي إلى الضعف العام، فالفيتامينات تمنع الأمراض وتحـافظ على الشباب و تبعد الكهولة وتمنح السعادة للنفس. تعتبر الأطعمة النباتية بحد ذاتهـا أدويـة كاملة للجسم، فتناولها باعتدال هو بمثابة تناول أدوية تساعد الجسم على تحسين وتجديد ذاته، وما الأدوية والعقاقير الموجودة في الصيدليات سوى خلاصة المملكة النباتية التـي وضـعها الإله بين يدي الإنسان.[2]

3- علاج الأمراض النسائية بالأعشاب:

يستخدم لكل نوع من الأمراض أنواع خاصة من الأعشاب، وهناك أمراض استعصيت حتى على الطب الحديث ولكن أخصائيي الأعشاب يصـرحون بإمكانيـة العـلاج و ذلـك باستخدام بعض النباتات في أوقات وأماكن خاصة وبكميات مضبوطة من هنا نسرد بعـض الأعشاب والنباتات التي تستخدم لعلاج بعض الأمراض.

أ- التهاب الرحم: سنديات, جوز، بنفسج الثالوث، أرقطيون، زئبق الثالوت، خزامى، عرق، إكليل الجبل، سنفيتون.[3]

---

(1) فؤاد علي فهمي، العلاج الشامل بكل الوسائل (الطرق الطبيعية، التقليدية، الأعشاب والأدوية)، دار الجيل، بيروت 1999، ص 50.

(2) حسن نعمة، التغذية و الوقاية من الأمراض، دار الكتاب الحديث، الكويت، 2003، ص ص، 7، 8.

(3) وديع جبر، العلاج بالنبات، دار الجيل بيروت، 1997، ط: الثالثة، ص86.

ب- التهاب المثانة: سلق، الخلنج، عنب الدب، أذناب، الكرز، زهر البوصـير، اللاميـون الأبيض، الشعير، شعر الذرة، بوقيص، البتولا، عنب الذئب، ديوسمة، سكر الحوت، كتـان، ذنب الخيل رمان الأنهار، ابوخنجر، طربوش الباشا، كـالتيوس، كركـر، لـبلاب، عليـق، سفرجل، جراب الراعي، حشيشه الزجاج، كراث، بسلة، بازيلا.[1]

ج- التهاب المهبل: خبازي، لسان الحمل، بوصير ابيض، غافث، اخيلي، اذاريون، الرمـال الأصفر.[2]

د- حكة الفرج: أخليا، بابونج، لوز، ارقطيون، رجل الذئب، ناعمة مخزنيه.[3]

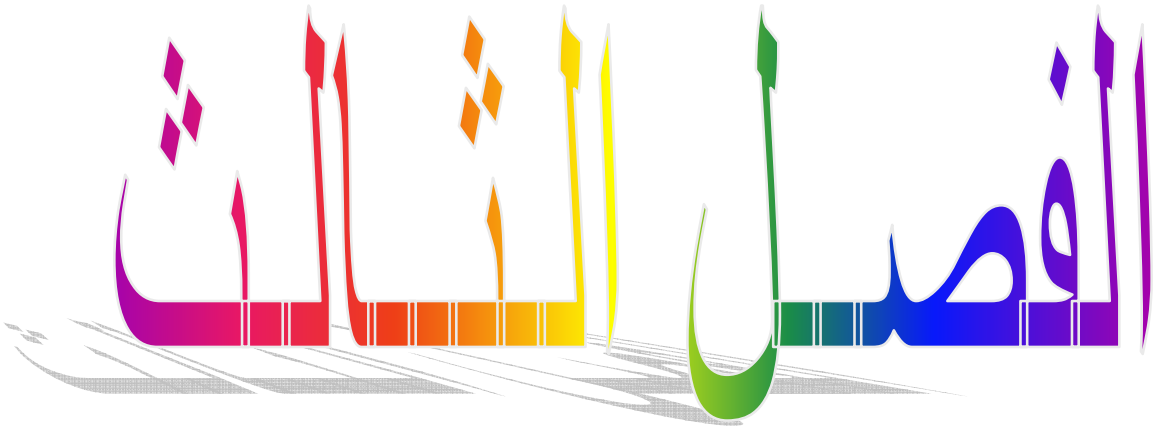
هـ- النزيف الرحمي: السرو، كيس الراعي، الرمان، لاميون ابـيض، الكرمـة الحمـراء، الانجبار، عصا الراعي، ورق السنديان، ورد بري، ورد احمر، حشيشة القزاز، لسان الحمل، عليق, توت اسود.[4]

و- هبوط الشرج: حرشف بري، اخيليا، ذرة، رثم، رمان الانهار، لبيـدة، بلـوط، ناعمـة مخزنية، شرونة صعتر حار، برتقال، نعنع.[5]

ي- ورم ليفي: خزامى، جراب الراعي، زعرور، سرو، فما دريوس، شـوبلاء، حرشـف بري، تفل الماء، لاميون ابيض.[6]

---

(1) وديع جبر، مرجع سابق، ص111.
(2) وديع جبر، مرجع سابق، ص 123.
(3) وديع جبر، مرجع سابق، ص259.
(4) وديع جبر، مرجع سابق، ص 534.
(5) وديع جبر، مرجع سابق، ص557.
(6) وديع جبر، مرجع سابق، ص 567.



الأمـــراض النســائيـــة

I. الأمراض الالتهابية للأعضاء التناسلية.

II. الدرن السلي (السل التناسلي) عند المرأة.

III. الأورام.

IV. الأكياس المبيضية.

V. الســرطــان.

تمهـيد:

تتعرض الأعضاء التناسلية عند المرأة لمختلف أنواع الإصـابات، نظـرا لوظائفهـا المتعددة، ينتج عنها أمراض قد تشمل جزء منها أو تكون إصابتها شاملة لعدد منهـا أولهـا كلها، وقد تكون عابرة فلا تترك آثارا بعدها، كما أنها قد تكون مزمنة فتؤدي إلـى تغيـرات وتشوهات تنتهي باضطرابات في وظائف هذه الأعضاء، تمـس حيـاة المـرأة العضـوية والاجتماعية والنفسية. يعرف الجهاز التناسلي الأنثوي على أنه منطقة كبيرة تحتـوي علـى أعضاء تناسلية خارجية (الفرج، الشفتان، غدة بارثولين، غشاء البكرة) وأعضـاء تناسـلية داخلية (الرحم، المبيضين، الأبواق، المهبل). [1]

(1) Michel James, Renie Bory, la gynécologie, presse universitaire de France, Paris, 2e édition, 1984, PP 5,6.

I. الأمراض الالتهابية للأعضاء التناسلية:

1- الطفح التناسلي : l'hérpéses génital

التهاب الجهاز التناسلي للمرأة يسبب خروج طفح أو جرب، مما يكون هناك إفرازات وحروق... الخ، وهو مرض متنقل عن طريق الجنس، يتميز بتضاعفه وتكاثره بسرعة.

أ- **نسب الإصابة**:

بلغت عدد الإصابات في بريطانيا بالطفح التناسلي 8% سنة 1980، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فقد تزايدت عدد المعاينات الطبية من 3.4 لكل 100000 معاينة سنة 1960 إلى 29.7 لكل 100000 معاينة سنة 1979، وفي البلدان الصناعية يعتبر الطفح التناسلي العامل الأول في الإصابات بالقرح التناسلية Ulcération génitales، الدراسات المعمقة أثبتت علاقة الطفح التناسلي بسرطان عنق الرحم.

الإصابة بهذا الطفح يكون في حوالي 26 سنة، فهذه الإصابة تصيب غالبا عنق الرحم وتستطيع أن تصل إلى الأعضاء الأخرى كالمنطقة الفرجية والمهبل.[1]

ينتقل الطفح التناسلي عن طريق الجنس، معدل العدوى من رجل– امرأة أكبر من معدل العدوى من امرأة– رجل، والمعدل السنوي للإصابة يستطيع أن يصل إلى 32% عند المرأة مقابل 10% عند الرجل.[2]

ب- **الـــوقـــايـــة**:

يجب الحذر من الإصابة بالطفح التناسلي، فكل شخص يعاني منه عليه أن يتوقف عن العلاقات الجنسية حتى يتم العلاج الكلي. [3]

---

(1) MAZERON (M) et FERCHAL (F), la primo-infection herpétique, éditions techniques, Paris, 1982, P 11.

(2) BOHBOT (JM), ZARA (J) et MONSONEGO (J), Maladies sexuellement transmissibles, encyclopédie-médico-chirurgicale, édition Elsevier SAS, Paris, 1999, 360-A-10, P 13.

2- التهاب المهبل وعنق الرحم:(3)MAZERON (M) et autres, op.cit, P12.

بعدما كانت التهابات الأعضاء التناسلية ولوقت طويل لا يعار لها أهمية (التهاب المنطقة الفرجية، المهبل، عنق الرحم)، أصبحت في العشرية الأخيرة الموضوع الأكثر اهتماما نظرا لزيادة عدد الإصابات ولخطورة تطوراتها، والعديد من هذه الإصابات تعود إلى المراحل الأولى من الحياة.

أ- التهاب المهبل: Vaginites

عبارة عن التهابات جلدية على مستوى المهبل من الداخل إلى الخارج، الذي يسبب إفرازات مهبلية غير دموية، أي سيلان و حروق.[1]

يتميز الالتهاب المهبلي بنجيج أبيض من المهبل، ويصبح الجماع خلاله أليما.[2]

ب- التهاب عنق الرحم: Cervicites

يعني الالتهابات والحروق التي تصيب عنق الرحم مهما كان السبب، تستطيع أن تكون أولية أو ثانوية (يكون عنق الرحم قد أصيب من قبل بالالتهابات)، أو أن تصل إلى المهبل وغيرها. [3]

3- الالتهابات البرثولينية : Bartholinites

هي الالتهابات التي تسببها الغدد البرثولينية الموجودة في المنطقة الفرجية.

بعض النسب: هذه الالتهابات التناسلية بسبب غدتي بارثولين تمثل 0.3% أسباب الإقبال على العلاج في مصلحة أمراض النساء، هي تمس في أغلب الأحيان النساء في سن 20 حتى 40 سنة، وبسبب عودتها في كل مرة، فإن تطورها في بعض الأحيان يؤدي إلى نزع هذه الغدد جراحيا.[1]

---

(1) FARI (A), Vaginites et endocervicites, encycl-médico-chirurgical, éditions techniques, Paris, 1990, 379 A^{10}-3, PP 5,6.

(2) سيغموند ستيفن لمر، الموسوعة الطبية الكاملة للأسرة، تر: أنس الرفاعي، دار الثقافة للنشر و التوزيع، قطر، 1987،ص 936.

(3) HAMOU (J), CHEVALLIER, Polypes du col utérin et cervicites, encycl-médico-chirurgical, éditions techniques, Paris, 1989, 390 A^{20}-7, P 01.

(4) QUANTIN ®, PIERRE (F), BERTRAND (J), LES Bartholinites, encycl-médico-chirurgical, éditions Elsevier SAS, Paris, 1990, 380 A^{10}-3, P01.

4-التهاب الأبواق الرحمية: Les salpingites تنقسم إلى نوعين : درنية وغير درنية.

أ- **التهابات الأبواق غير الدرنية**:

هذه الالتهابات في ارتفاع مستمر، وتسبب مشكلا سوسيو-اقتصادي كبير، نظرا لتضاعف معدل الإصابات، ففي انجلترا تضاعفت نسبة الإصابة بـ 8.7 من 1960 إلى 1980، كذلك تضاعفت عدد الإصابات في السويد، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فإن 1 من 2 امرأة تعاني من التهابات الأبواق قبل سن الولادة، أما في فرنسا فإنه يحتمل وجود حوالي 220000 حالة إصابة جديدة في السنة، وهناك 20% من الحالات لا تظهر عليها أعراض.

رغم استعمال مضادات حيوية فعالة لعلاج التهابات الأبواق، تبقى 15% من الحالات عقيمة Stériles، هذا ما أدى على ظهور 30000 حالة عقم جديدة في كل سنة في فرنسا.

هذه الأرقام تدفع إلى الاهتمام أكثر بهذه الأمراض وإيجاد وسائل العلاج والوقاية أحسن وأنجع، فهي مشكلة اقتصادية واجتماعية حقيقية.[1]

ب – التهابات الأبواق الدرنية:

يتعرض الجهاز التناسلي للمرأة في مستوى الأبواق الرحمية لالتهابات الأبواق فهو سطو الأجسام الغريبة التي يمكن أن تكون متنقلة جنسيا مثل كلاميديا تراكوماتيز Chlomydia trachomatis. حوالي ثلثي هذه الالتهابات ليس لها أعراض، هذا ما يعيق من إعطاء احصائيات دقيقة، بحيث لم يلاحظ انخفاض نسبة الولادات خارج الرحم-Extra utérines والعقم ذات الأصل الإصابة بهذه البكتيريا، فحسب نتائج جماعة فيبنات Fivnat. فإن نسبة الحمل خارج الرحم بلغت 54.9 % سنة 1998، وبانخفاض بسيط عام 1994، 49.9%.[2]

(1)BODY (G), LANSAC (J), MAGNIN et QUENTENIR (R), les salpingites aigués non tuberculeuses, encycl-médico-chirurgical, éditions techniques, Paris, 1985, 470 A^{10}-11, P01.

(2) JADLIN (P), ZACCABRI (A), ISABELLE (A), BARBARINO (A) et BURIET (G), les salpingites aigués non spécifiques, encycl-médico- chirurgical, éditions Elsevier SAS, Paris, 2001, 470 A-10, P 01.

تعطي نتائج تحقيق وطني أنجز عام 1995 عند أطباء النساء تحت إشراف المدرسة الفرنسية لأطباء النساء ما يلي:

- في بريطانيا: 1.7% من التهابات الأبواق تسبب اللجوء للتشخيص عند الطبيب العام لدى النساء في سن 16 إلى 46 سنة.

- الولايات المتحدة الأمريكية: الجماعات ذات الأصل القوقازي أقل عرضة للإصابة من الجماعات الأفرو-أمريكية أو الاسباني، أين تكون الإصابات مرتفعة، أغلبها بسبب "تراكوماتيز نيقونورى" Trachomatis Nigonorrhoe. من الناحية الاقتصادية، العناية بالالتهابات البوقية الرحمية ونتائجها قدرت بـ 4.2 مليار دولار في 1990، وهذا بمعدل مليون حالة جديدة في السنة.

- في السويد: حملة كبيرة ضد بكتيريا تراكوماتيز سمحت بانخفاض 50% من الحالات.

- في النرويج: حملة وقاية وفحص لبكتيريا كلاميديوز Chlamidioses عند المراهقات أدى إلى انخفاض 75% من الحالات سنة 1995.[1]

5- التهاب الرحم ولواحقه:

أ- معـدلات الإصابة:

إحصاء التهابات الرحم ولواحقه صعب جدا، لأن عدد معتبر من المصابات يعالجن عند طبيب العائلة، وعندما نعلم أن 30 حتى 35% من الحالات كان الفحص مأخوذة بطريقة دقيقة، فكانت 20 إلى 25% منها بسبب التهاب الأبواق الرحمية وكانت بدون أعراض، لهذا لا نستطيع تقدير عدد الإصابات بدقة.

(1) JUDLIN (P) et autres, Op.cit, P 02.

في فرنسا سمحت الدراسة التي قام بها لانسيرم L'INSERM عند الطبيب العام والمتخصص سنة 1974و 1975 بتقدير نسبة المرض بـ 1.3% من النساء في سن 15-44 سنة، أي حوالي 220000 حالة إصابة جديدة في السنة وأكثر من نصف هذه النساء يكون أعمارهن بين 20 و 29 سنة.

يقدر أن إصابات الرحم ولواحقه دافع للتشخيص، بمقدار حالة واحدة لكل250 شخص عند الطبيب العام، وحالة واحدة من 30 شخص عند طبيب النساء المتخصص.

هناك دراسة أخرى جادة من طرف مدرسة Le collége des gynécologues accoucheurs تناولت مشكل الالتهابات البوقية بطريقة غير مباشرة، بحيث أثبتت أن نسبة الحمل خارج الرحم مرت من 7.6 لكل 100000 ولادة سنة 1975 إلى 13 لكل 100000 سنة 1981.

في الولايات المتحدة الأمريكية قام اشنباك Eschenbach ، بدراسة معطيات منظمتين وطنيتين تهتمان بالأمراض، وأظهر أن بين 1970 و 1973 بلغت عدد الإصابات بالتهابات الرحم ولواحقه 500000 حالة إصابة جديدة في السنة بالنسبة لكل البلد، يقدر معدل الإصابة بالمرض بـ1.36% من النساء في سن 14 إلى 34 سنة.

كورون Curran احتمل انه في سنة 2000 تشمل الإصابة ½ من النساء قبل سن الأمومة في الولايات المتحدة الأمريكية.

أما في انجلترا فإن نسبة الالتهابات بنفس الدرجة، فهي تزداد بنسبة 8.7% في السنة.

في السويد، دراسة ويستروم Westrom بينت أن نسب الإصابة بالالتهابات مرت من 0.83% عند النساء اللواتي يتراوح أعمارهن بين 15-39 سنة من 1960- 1964 إلى 1.19% في الفترة 1970 وفي المجتمعات الأكثر عرضة لهذه الإصابات، فإن المعدل السنوي يستطيع أن يصل 2%. [1]

(1) BODY (G) et autres, Op. cit, P 02.

ب- سن الإصابة والأمومة وعلاقتها بالتهابات الرحم ولواحقه:

يعتبر التقدير للسن عند أول إصابة بالالتهابات (الرحم ولواحقه) أمر مهم، وأوضح ويستروم Westrom أنه بين 15 و 39 سنة معدلات الالتهاب ترتفع خاصة في سن 15 حتى 24 سنة، ثم تنخفض بعد سن 25 سنة.

المعدلات هي:

16‰ في الفئة العمرية 15- 19 سنة، 8‰ فقط للفئة العمرية 25-29 سنة، نلاحظ إذن أن ثلث التهابات الأبواق الرحمية عند النساء الأقل من 20 سنة، هذه النتائج في فرنسا، وقد أعطى بارات BARRAT في دراسة قام بها نسبة 65% من التهابات الأبواق قبل 25 سنة " وجينين أوري " Jeanine Henry suchet أعطى نسبة 44% أي كان السن المتوسط 25 سنة و3 أشهر.

هذا الارتفاع في الالتهابات ولواحقها عند المرأة في سن مبكر مرتبط بعدة عوامل منها:

- ضعف المعلومات حول الأمراض المتنقلة جنسيا.
- قلة النظافة.
- تعدد الرفقاءpartenaires، بحيث كلما كانت العلاقات الجنسية مبكرة كان عدد الرفقاء أكثر (Barkmann)، ونعلم أن حاليا السن عند أول العلاقات الجنسية قد مر من 19 سنة إلى 15 سنة من 1970 إلى 1980 في الولايات المتحدة الأمريكية.

هناك حساسية كبيرة جدا للالتهابات في سن مبكر بسبب عدم التبويض الكبير في هذا السن، وبالفعل المخاط الأستروجيني يترك بسهولة للجراثيم بالمرور مثل جرثومة " القونوكوك Le gonocoque ".[1]

(1) BODY (G) et autres, Op.cit, P02.

6- هجرة عنق الرحم : Ectropion du col utérin

هجرة عنق الرحم عامة تعني وجود الغشاء الداخلي لعنق الرحم في مكان آخر غير المعتاد أي هجرته خارج عنق الرحم. [1]

معـ ـدلات الإصابة به:

هجرة الأغشية عن مكانها عامة كثيرة الانتشار، تختلف النسب حسب المؤلفين من 15 حتى 85% من الحالات كما يلي:

- عند الولادة: نسبة الهجرة تكون بـ 30% حتى أنها أكثر عند فيشل Fischel.
- عند المراهقين : وجد بعض المؤلفين 30% من حالات الإصابة.
- مرحلة النشاط الجنسي: نسبة الإصابة بهجرة الأغشية تختلف من مؤلف إلى آخر، فهي تمثل 25% عند كوبيز Coupez، 42% بوريت Beuret، 25% عند مرقوي Mergui.
- مرحلة ما بعد سن اليأس: تكون الإصابة بالهجرة الغشائية نادرة. [2]

II- الدرن التناسلي (السل التناسـلي) عنـد المـرأة: La tuberculose génitale de la femme.

عدد الاصابات بالدرن السلي في الجهاز التناسلي للمرأة قد انخفض بنسب معتبرة منذ 1950، وهذا لتطور التلقيحات الشاملة ووجود المضادات ضد البكتيريا المسببة للسل، وذلك لتحسن شروط الحياة، لكن هذا التحسن ليس عالمي، ففي العالم الثالث يعاني عدد كبير مـن النساء من هذا المرض، كذلك في فرنسا لوحظ حوالي ثلث حالات الإصابة عند المغتربات.

---

(1) MERGUI (JL), PAMBON (O), Ectropion du utérin, édition elsevier SAS, Paris, 1994, 390 – A-12, P 01.
(2)MERGUI (jl) et autres, Op. cit, P 02.

1- بعض التقديرات:

السل التناسلي لا يمثل سوى 6 إلى 10 % من أمراض السل ككل، فنسبة السل التناسلي قد انخفض كثيرا في هذه السنوات الأخيرة، لكن هناك معاودة لهذه الإصابات خاصة في بعض بلدان العالم الثالث، في الحقيقة الوصول إلى نتائج صحيحة صعب. [1]

- فرنسا: انخفض من 0.35% سنة 1968 إلى 0.1% سنة 1978
- في بلدان المغرب تصل حاليا إلى 2.5%.
- في إفريقيا والهند الأرقام المعطاة تتراوح بين 0.6% إلى 4.2%.
- في البلدان الصناعية لا تتعدى 0.05%.

2- سن ظهور السل التناسلي:

تستطيع أن توجد مواضع كثيرة للسل، بالخصوص في الكلى والمفاصل وتظهر في المتوسط بعد 4 أو 5 سنوات بعد الإصابة. عامة يكون في سن 10 إلى 15 سنة لذلك تظهر عدة حالات القرحة الفرجية السلية عند الأطفال.

مرحلة النشاط الجنسي تجمع تقريبا معظم حالات الإصابة ونلاحظ في سن 20 حتى 35 سنة، عدد قليل من هذه الحالات يفسر الإصابة بالالتهابات في المرحلة بعد سن البلوغ، ونظرا لكون هذه الإصابة بدون أعراض في الأول، فإنها لا تكتشف إلا بعد قلق المرأة حول عدم حصول الحمل. السل في الغالب يشخص عند النساء المهاجرات من بلدانهن الأصلية واللواتي لم يلقحن، نسبة هذه الأمراض متغيرة حسب نوع البحث من 20 إلى 50 % عند بوري هايلر Boury Heyler، 23% عند لوقرو Legros، 25% عند ويلش Welsch، 40% عند كوتور coutour، 53% عند ماقنين Magnin، 68% عند جيل Gelle، في مرحلة سن اليأس ومرحلة ما بعد سن اليأس، الإصابة فيهما تكون متزايدة بحيث تم الكشف عن هذه الأرقام:

---

(1) TALEB AHMED (L), BOUCHETARA (K), BOUTTEVILLE, La tuberculose génitale de la femme, encycl. Méd. Chir, éditions techniques, Paris, 1989, 490 A^{10}-7, P 01.

66 حالة اكتشفها كونيات Cognat سنة 1968، 90 حالة عند موحاما Muhama سنة 1970، 158 حالة عند نوقاليس Nogalles، وأرتيز Ortiz سنة 1978، هذا راجع من جهة إلى تحسن وسائل التشخيص خلال العشرين سنة الأخيرة، ومن جهة أخرى إلى مرور هذه الأمراض إلى السنوات المبكرة من العمر، لغياب التلقيح ضد السل بـ BCG وأيضا إلى عدم استعمال الدواء باستمرار (الإهمال) في حالات الالتهابات الأولية في السن المبكر، هذه الظاهرة لوحظت منذ سنة 1965، حيث وجد 1.1% من الحالات بين 50 و 60 سنة في 1957 و2.9% من الحالات لنفس هذه الفئة سنة 1962، أما أوشينز Hutchins فقد توصل على نفس النتائج سنة 1977 في مجموعة المكونة من 21 حالة مراقبة من 1969– 1976.

سن المريضات يتراوح ما بين 46 إلى 90 سنة مع متوسط العمر 59 سنة[1].

III- الأورام :

1- الأورام في الغشاء الداخلي لعنق الرحم: Polypes du col utérin

ورم عنق الرحم عبارة عن تجمع أوعية حول محور ومغطاة بالغشاء الداخلي للرحم، ويعتبر هذا خلل و يتم ارتكاز جزء منه على عنق الرحم وهو منتشر كثيرا، بحيث نجده عند 1إلى5% من المعالجات عند طبيب النساء خاصة عند متعددة المواليد، واللواتي يفوق أعمارهن 45 سنة. الورم الغشائي غالبا بدون أعراض، ويكتشف عند الفحص الروتيني، أحيانا بسبب إفرازات بيضاء، معظم الأورام حميدة، لكن يجب نزعها وتحليلها وهذا لعدة أسباب هي:

- تستطيع هذه الأورام أن تتحول إلى سرطان.
- تستطيع أن تذبذب التشخيص على بعض سرطانات عنق الرحم.
- تستطيع أن تصاحب مرض آخر، فورم عنق الرحم يستطيع أن يرافق ورم جسم الرحم.

(1)TALEB AHMED (L) et autres, op. cit, P 02.

هذه الأمراض وأخرى تكون مرتفعة في السن المبكر للفتاة، ويستطيع أن يصاحب حتى بعد 50 سنة، سرطان الغشاء الداخلي للرحم خاصة، وأحيانا سرطان عنق الرحم، المبيض، الفرج، المهبل.[1]

أعطى كومان Corman هذه الأرقام :

- بلغت نسبة الإصابة بورم الغشاء الداخلي لعنق الرحم 10% عند البالغات من العمر 3 إلى 39 سنة، 85.7% عند السن أكثر من 70 سنة مع معدل متوسط بلغ 26.7% عند 3046 حالة، هذه الأرقام تصاحب إصابات أخرى على مستوى الغشاء الداخلي للرحم بنسبة 19.7% عند المعالجات في سن النشاط الجنسي، و40.8% بعد سن اليأس.[1]

وهناك نوعين من أورام عنق الرحم المنتشرة:

- الأورام المخاطية: وهي أكثر انتشارا 75 حتى 90% من الحالات.
- الأورام الليفية: أقل انتشارا وهي تمثل 4 حتى 20% من الحالات. [2]

2- الأورام الليفية: Fibromes

الأورام الليفية مشكلة من خلايا عضلية ملساء على شكل ألياف منظمة، تعتبر الأورام الليفية من الأورام الحميدة الأكثر انتشارا عند المرأة في سن الإنجاب، فقد وجدت عند 20 % من النساء وهذه النسبة ترتفع إلى 50% إذا تمت هناك عملية البحث عنها أثناء عملية التشخيص. في الحقيقة لا يمكننا إعطاء نسبة دقيقة عن الأورام الليفية لأننا لا نستطيع إحصاء إلا الأورام التي لها أعراض ظاهرة.

---

(1) MERGUI (jl), Bernard Guyot, Guyot (S), Polypes du col utérin et cervicite encycl-médico-chirurgical, éditions Elsevier SAS, Paris, 1995, 390 A-20, PP 1,4.
(2) HAMOU .(J) et autres, op. cit, P 01.

تبقى الأورام الليفية السبب الرئيسي لعمليات الجراحة عند النساء في مرحلة ما قبل سن اليأس، بسبب ارتفاعها في البلدان الصناعية فهي تتأرجح بين 10 إلى 40% من النساء بلغت 60 سنة، يمكن اعتبار الأورام الليفية وعملية العناية بها مشكل الصحة العمومية.

أ- علاقة السن بالأورام الليفية:

مجمل الدراسات تتفق على وجود الأورام الليفية ابتداءا من 40 سنة.

ب- علاقة العرق بالأورام الليفية:

النساء من العرق الأسود أكثر عرضة للأورام الليفية من النساء في العرق الأبيض، كذلك يصيب في سن مبكر ويكون أكثر حجما دائما عند العرق الأسود من العرق الأبيض. (1)

ج- علاقة الأورام الليفية بالسوابق المرضية في العائلة:

أثبت بيخليوبا Vikhalyaeva استعداد الإصابة بالورم الليفي بـ 2.2 مرة عندما تكون موجودة في العائلة ، أما دراسة لومبيقانو Lumbiganon فقد وجد احتمال الإصابة بـ 4.02 مرة (من 3.02 – 5.36).

د- العوامل المساعدة على زيادة الأورام الليفية:

الوزن: وجد أنه هناك علاقة طردية بين السمنة وزيادة الأورام الليفية.

الحياة الجنسية والخصوبة: من العوامل المصاحبة للأورام الليفية السن المبكر لأول طمث (أقل من 12 سنة)، عدم الإنجاب الإرادي والعقم، هذه الأخيرة تزيد من احتمال الإصابة بالأورام الليفية ب1.26 مرة (1.15 – 1.37). (1)

(1) FERNANDEZ (H), GERVAISE (A) et de Tayrac, Fibromes utérins, encycl-médico-chirurgical, éditions Elsevier SAS, Paris, 2002, 570 A-10, PPP 1, 2, 3 .

هـ - العوامل الواقية من الإصابة بالأورام الليفية:

- الإنجـاب: يعتبر كل من الحمل وتعدد مراته، السن المتأخر للحمل الأخير، عوامل واقية من تشكل الأورام الليفية.

- حبوب منع الحمل.

- التدخين: التدخين يصاحب انخفاض احتمال تشكل الأورام الليفية بسبب تأثيره ضد هرمون الأنتيوستروجين Antioestrogéne. (1)

و- أعراض الأورام الليفية : أعراض الأورام الليفية تكون حسب حجم الورم ومكان تواجده وأهم هذه الأعراض:

- الآلام: التي تكون أسفل البطن.

- نزيف: النزيف (بالدم) من الأعراض الأكثر إشاعة في الأورام الليفية(62% من الحالات).

- ازدياد حجم البطن: ازدياد حجم البطن عند الإصابة بالورم الليفي نستطيع مقارنته ببداية الحمل.

- عدم الإخصاب: الورم الليفي يعيق الإخصاب، بوتروم Buttram وجد أنه من بين 1698 حالة نزع الورم الليفي، من بينهن 464 أي نسبة 27% يعانين من العقم، ومن بين 464 حالة وجد 16 امرأة فقط أي 2.4% لم تكن لديهن أية أعراض للعقم.

- الإجهاض.

-الإنجاب قبل الوقت. (2)

VI- الأكياس المبيضية: Kystes de l'ovaire

تكون إما متينة أو سائلة أو المزج بينهما احتمال تحول وتطور الأكياس المبيضية إلى سرطانات مبيضية يكون في الغالب حميدة وبنسبة 5 إلى 7%.

---

(1) FERNANDEZ (H) et autres, Op. cit, P 03.

(2) LEFEBVRE (Y), Fibromyomes utérins , encycl. Méd. Chir., éditions techniques, Paris, 1993, 570 A - 10, P P 4,5.

1- الأكياس الوظيفية:

عبارة عن أكياس مبيضية، تتشكل أثناء الوظيفة العادية للمبيضين، تختفي لوحدها بعد بضع أسابيع، بحيث وجد أن 70% منها زالت بعد 6 أسابيع.

2- الأكياس العضوية:

أ- **الأكياس المصلية** وهي الأكثر انتشارا، تمثل حوالي ربع الإصابات الحميدة للمبيض، تصيب أساسا النساء في سن 30 – 40 سنة، تستطيع أن تكون من الجانبين، وأعطيت نسبة 20% من طرف هربرت Herbert .

ب- الأكياس المخاطية : تمثل 15% من الإصابات الحميدة للمبيض ، 5% من الإصابات تشمل المبيضين.

ج- الأكياس الجلدية: الإصابة بسبب جرثومة، تحتوي على سوائل، جلد، ظفر، شعر، يمثل أكثر من 10% من الإصابات المبيضية خاصة في سن مبكر. [1]

3- تعدد الأورام الكيسية في المبايض:

معدلات إصابة المبايض بأورام كيسية متعددة، تختلف حسب مجتمع البحث المدروس، أعراض الأورام الكيسية في المبايض وجدت عند 1.4% من الحالات، النسبة المحتملة هي بين 0.6 إلى 4.3% في مجتمع البحث المختار للنساء غير الولودات، وحديثا تم فحص مجموعة مكونة من 173 امرأة عن طريق التصوير الإشعاعي، اللواتي يشتكين من عدم التبويض أو من غزارة الشعر، وجد 26% من حالات الإصابة عندهن بأورام كيسية متعددة في المبايض، 87% عند اللواتي يعانين من خلل في الدورة الشهرية.[2]

---

(1) GERLEU(D), Tumeurs bénignes (non endocrines) et kystes de l'ovaire, encycl. Méd. Chir, éditions techniques, Paris, 1992, 680 A^{20} , P P 1,4.

(2) DUBOURDIEU, CHARBONNEL, ovaires poly kystiques, et kystes de l'ovaire, encycl. Méd. Chir éditions elseviers SAS, Paris, 1993, 133 - A - 10, P 01.

V- السرطـان:

1- سرطان المهبل: هي من السرطانات النادرة، تمثل 1 حتى 2 % من مجموع سـرطانات الجهاز التناسلي للمرأة يمس خاصة النساء في سن اليأس في المتوسط 60 سنة[1].

2- الإصابات ما قبل السرطانية لعنق الرحم:

هي إصابات بدون أعراض، من الصعب تحديد نسبتها وتوقعها، والمعدل السنوي للمرض 5 حالات جديدة لكل 1000 امرأة أقل من 40 سنة، توقع الإصابة يتراوح بين 29 إلى 65 لكل 1000 امرأة وهي منتشرة كثيرا عند العازبات. [2]

3- سرطان عنق الرحم: cancer du col de l'utérus

يحتل سرطان عنق الرحم المرتبة الخامسة عالميا في وفيات النساء، أما في الإصابة فيحتل المرتبة الثالثة، في حين معدل الإصابة يتراوح بين 2.6% حالة جديدة لكل 100000امرأة في السنة في الصين و 67.2 % حالة إصابة جديدة لكل 100000 امرأة عند إفريقيات حرار Harare بزيمبابوي. أما المعدلات الأوربية فهي تتراوح ما بين 3.4 إلى 20.6 حالة لكل 100000 امرأة مع تكاثف النسبة بين 7 إلى 12 حالة في السنة لكل 100000 امرأة.

أ- عوامل الإصابة بسرطان عنق الرحم:

- العلاقات الجنسية: السن المبكر عند أول علاقة جنسية، تعدد العلاقات الجنسية مع عدد من الأشخاص.
- الحياة الإنجابية: تعدد الولادات، استعمال حبوب منع الحمل.
- العوامل السوسيو-اقتصادية: الطبقة الاجتماعية الفقيرة، العرق ، التدخين. [3]

---

(1) TOUBOUL (E), le Franc (jp), Deniaud Alexandre (E) et tranbaloc (p), tumeurs du vagin et lésions apparentées, encycl. Méd. Chir, éditions elseviers SAS, Paris, 2001, 530 – A – 10, P04.
(2) Baldauf (jj), Hamid (D), Ritter (J) et walter (P), Néoplasies intra épithéliales du col, encycl-médi- chirr éditions elseviers SAS, Paris, 2003, 597 – A – 10, P 01.
(3) Sasco (Aj), épidémiologie du cancer du col de l'utérus, éditions elseviers SAS, Paris, 2002, 605 – A – 10, P 01.

ب- إحصائيات عامة حول سرطان عنق الرحم:

الإحصائيات الحديثة في الوفيات العالمية بسبب سرطان عنق الرحم قدرت بـ 237000 وفاة لسنة 1998، تمثل 0.9% من الوفيات العامة للنساء.

أكبر نسبة للوفيات توجد في البلدان الفقيرة أو النامية، فقد بلغت عدد الوفيات 220000 وفاة أي بنسبة 0.5% في حين بلغت عدد الوفيات في البلدان الغنية 17000 وفاة بنسبة 0.2% من مجمل الوفيات عند النساء.

قدرت عدد الإصابات في العالم بسرطان عنق الرحم في سنة 1997 بـ 430000 حالة، معظمها أحصيت في الدول النامية بحيث بلغت 340000 حالة مقابل 90000 حالة في الدول المتقدمة، هذه النتائج تصل إلى احتمال إصابة 955000 3 في العالم.

يحتل سرطان عنق الرحم المرتبة الثالثة عالميا فيما يخص الإصابات السرطانية عند المرأة بنسبة 9.8% بعد سرطان القولون بـ 10.1 % وسرطان الثدي بـ 21%، هذه إحصائيات 1990.[1]

ج- البقاء على قيد الحياة بعد الإصابة بسرطان عنق الرحم:

البقاء على قيد الحياة بعد الإصابة بسرطان عنق الرحم مرتبط بدرجة الإصابة بالمرض ووقت الكشف بصفة عامة.

بالنسبة لأوروبا: معدل البقاء على قيد الحياة لمدة 5 سنوات بالنسبة لكل الأعمار في غالب الأحيان تفوق الـ 50 %.

البقاء على قيد الحياة مرتبط أيضا بالسن، فمعدله يصل إلى 75 % عند 15-44 سنة و 63% عند 45-54 سنة، 60% عند 55-64 سنة، 52% عند 65-74 سنة و 36% عند النساء اللواتي بلغن 75 سنة فأكثر، نلاحظ تحسن بسيط في معدلات البقاء على قيد الحياة من 59% إلى 62% بالنسبة لكل فئات السن.[2]

(1) SASCO (AJ), op. cit, P 02.

(2) SASCO (AJ),op.cit,pp 3,4.

4- سرطان بطانة الرحم: Le cancer de l'endomètre

سرطان بطانة الرحم، يحتل المرتبة الرابعة بالنسبة للسرطانات التي تصيب المرأة ب- 34000 حالة إصابة و 6000 وفاة في الولايات المتحدة الأمريكية لسنة 1996، وهو من السرطانات القابلة للشفاء. يقدر معدل الإصابة ب 20 لكل 100000 امرأة، يعتبر سرطان بطانة الرحم مرض البلدان الغنية، بحيث وجدت أعلى نسب الإصابة في أمريكا الشمالية وأوربا الغربية، وأخفض النسب في اليابان وفي الدول السائرة في طريق النمو بإفريقيا، آسيا وأمريكا اللاتينية. إنه يحتل الصدارة في الولايات المتحدة الأمريكية بالنسبة للسرطانات التناسلية عند المرأة، فهو يصيب أكثر الجنس الأشقر، بحيث قدرت النسبة عندهن بـ 22.4 /100000 امرأة، في حين قدرت نسبة الإصابة عند الجنس الأسود بـ 100000/13.6 امرأة.[1]

أ- **علاقة سن اليأس بسرطان بطانة الرحم**:

السن المتوسط للنساء في وقت التشخيص بسرطان بطانة الرحم هو 63 سنة، ومعدل الإصابة بهذا المرض مرتبط أساسا بالسن:

12 حالة /100000 امرأة عند 40 سنة و84 حالة / 100000 امرأة عند 60 سنة، مع كون 75% من المصابات في سن اليأس و5% من النساء الأقل من 40 سنة. احتمال الإصابة بسرطان بطانة الرحم قبل 40 سنة ضعيف، ولا توجد فروق عرقية في نسب الإصابة عند هذه الفئة.

احتمال الإصابة بسرطان بطانة الرحم يرتفع بعد 40 سنة خاصة بين 60-64 سنة ثم تنخفض معدلات الإصابة بالنسبة للسن عند الجنس الأبيض مماثلة للإصابة عند الأجناس الأخرى، في حين احتمال الإصابة عند الجنس الأسود يصل في ذروته ما بين 80 و 84 سنة ثم ينخفض.

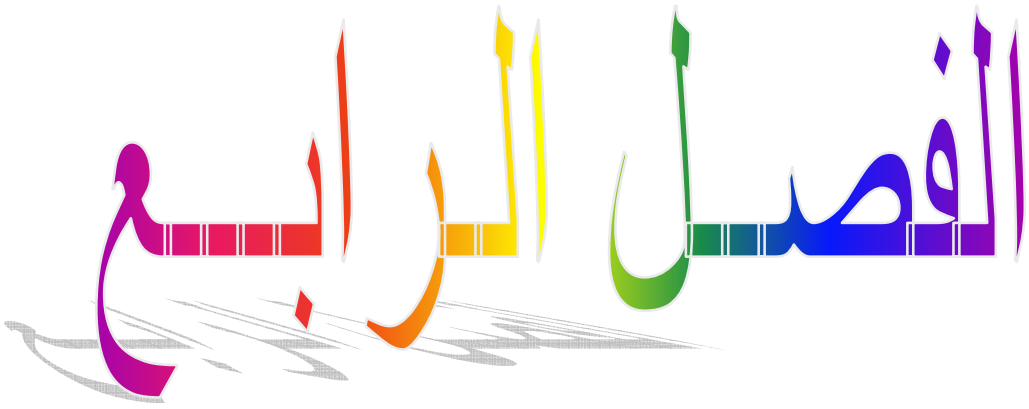
---

(1)DUFOUR (PH), vinatier (D) , Querleu (D), cancer de l'endomètre, encycl. Méd. Chir. édition elseviers SAS, Paris, 1998, 620 – A – 10, P 01.

ب- **عـ وامل مساهمة في الإصابة بسرطان بطانة الرحم**:

السمنة، العقم، سن اليأس المتأخر والسن المبكر عند أول طمث، مرض السكري، ضغط الدم، والحالات التي تصاحب ارتفاع هرمون الأس تروجين، في حين تساهم كل من حبوب منع الحمل البروجيسترونية، تعدد الولادات، والتدخين في انخفاض نسب احتمال الإصابة. [1]

(2)DUFOUR (PH) et autres, op.cit, p 02.



إحصـ ـائيـات حول الأمراض النسائية في الجزائر

- إحصائيات الأمراض النسائية في مستشفى بني مسوس للسنوات 2001-2002-2003-2004.

- معدلات الإصابة بالسرطان في الجزائر، البليدة، تيزي وزو للسنوات 2000-2001-2002.

- خـ ـلاصـ ـة الفصـ ـل.

تمهيـد:

نقوم في هذا الفصل بعرض بعض الإحصائيات المتوفرة لدينا حول الأمراض النسائية في الجزائر، وهذا من خلال إحصائيات هذه الأمراض في مستشفى بني مسـوس للسـنوات 2001، 2002، 2003 و2004، ثم نعطي نتائج الإحصائيات حـول سـرطان الأعضـاء التناسلية لكل من الجزائر، البليدة، تيزي وزو للسنوات 2000، 2001 و 2002. رغـم أن هذه الإحصائيات لم تشمل كل الأمراض، إلا أنها تسمح لنا بتكوين نظرة شاملة عنها وعـن مدى انتشارها.

جدول رقم (01): إحصائيات الأمراض النسائية في مستشفى بني مسوس للسنوات 2001، 2002،2003، 2004

السنـوات / نـوع المـرض	2001	2002	2003	2004
الثدي: ورم في الثدي	08	27	48	14
شق البطن	05	08	-	16
المهبل: - أمراض المهبل	02	01	03	_
- كيس مهبلي	_	_	02	_
حمل غير عادي + وقف الحمل نزع بويضة ملقحة	16	20	32	28
خروج الأعضاء التناسلية	10	02	107	32
أمراض الشفتين: سرطان الشفتين	01	_	01	_
أمراض غدة بارثولين - أكياس بارثولينية	01	02	14	13
السرطان	_	03	03	_
وجود أغشية في أماكن غير مخصصة لها	_	02	_	_
ازدياد حجم العضو	_	01	_	_
قطع غشاء البكارة	_	01	_	04
أمراض المثانة	_	_	02	16
عملية جراحية بواسطة المنظار	_	_	68	61
نزع المبيضين + الأبواق	_	_	02	04

تابع للجدول رقم (01): حول إحصائيات الأمراض النسائية في مستشفى بني مسوس للسنوات 2001 – 2004

السنـــوات / نـــوع المـــرض	2001	2002	2003	2004
الرحـم: - نزع الرحم	157	124	351	126
-الغسل الداخلي من اجل التحليل	218	185	898	267
-خروج الرحم	02	_	_	_
-ألم في الرحم	08	02	02	16
-سرطان الرحم	_	02	_	_
-الرحم منكمش	06	02	_	02
-تجمع الدم في الرحم	_	04	01	15
-التهاب الرحم	_	01	_	_
-بطانة الرحم	_	_	_	01
عنق الرحم:				
- شد عنق الرحم	51	75	65	96
- نزع قطعة من عنق الرحم وتحليلها	20	_	_	_
- تشوه في عنق الرحم	_	_	02	_
- عملية جراحية في عنق الرحم	_	_	02	04
- نزع ورم في عنق الرحم	_	_	06	_
الأبواق: - شد الأبواق	35	25	80	25
- وجود سائل في الأبواق	_	_	_	02
- تشوه الأبواق	_	_	_	02
المبيضين: - سرطان المبيض	_	02	_	01
- آلام المبيض	_	_	_	03
نزع أورام ليفية	98	82	1012	117
نزع أورام كيسية	70	38	42	47
أخـــرى	08	_	04	13
المجمـــوع	**716**	**609**	**2747**	**925**

شكل هذا الجدول من خلال إحصائيات مصلحة الأرشيف لمستشفى بني مسوس، مصلحة طب النساء والتوليد، قسم الجراحة.

من خلال الجدول رقم (01) نلاحظ أن عدد الإصابات بالأمراض النسائية في تزايد مستمر من سنة إلى أخرى، خاصة في سنة 2003 أين وصلت إلى 2747 حالة وحتى في سنة 2004 إلى 925 حالة، هذه النتائج تبين لنا مدى انتشار وتفاقم هذه الأمراض خاصة في السنوات الأخيرة وهذا راجع إلى عدة عوامل منها النفسية والاجتماعية، بازدياد الضغوطات على المرأة وارتفاع نسب الكآبة، كذلك سوء المعيشة يؤدي إلى تدهور مستوى الصحة، ونظيف إلى كل هذا بداية اهتمام المرأة بصحتها، فعثورها على أحد أعراض المرض يؤدي بها إلى التوجه إلى الطبيب المتخصص، خاصة مع ازدياد عدد الأطباء في هذا المجال وعلى الأكثر طبيبات متخصصات، هذا ما يسمح بالتوجه أكثر إلى العلاج بدون حرج كبير.

أيضا ارتفاع عدد المتوجهات يعود إلى قدرة المستشفى على التكفل بهن، حيث يتم استقبال عدد محدد نوعا ما من المصابات حسب الفترة وعدد الأطباء الموجودين، وقد سجل المستشفى زيادة نوعية في عدد الأطباء، والأسرة ولهذا ارتفعت عدد الاستقبالات حيث بلغ عدد المرضى 060 325 و 703 346 حالة معالجة لسنتي 1998 و 1999 على التوالي ثم قفزت إلى965 338 و 221 384 حالة لسنتي 2000 و2001 على التوالي، وشهدت مصلحة طب النساء والتوليد لسنتي 2000 و 2001، 298 16حالة و 601 33 حالة، [1] بما فيها ما يستقبله قسم الجراحة المقدر بـ 5457 لسنة 2000 و 1081 حالة لسنة 2001.[2]

(1) centre hospitalo- universitaire de Berni Messous, parlons santé, présentation et bilans 2000-2001, PP 17,18.
(2) centre hospitalo- universitaire de Berni Messous,op.cit, P 24.

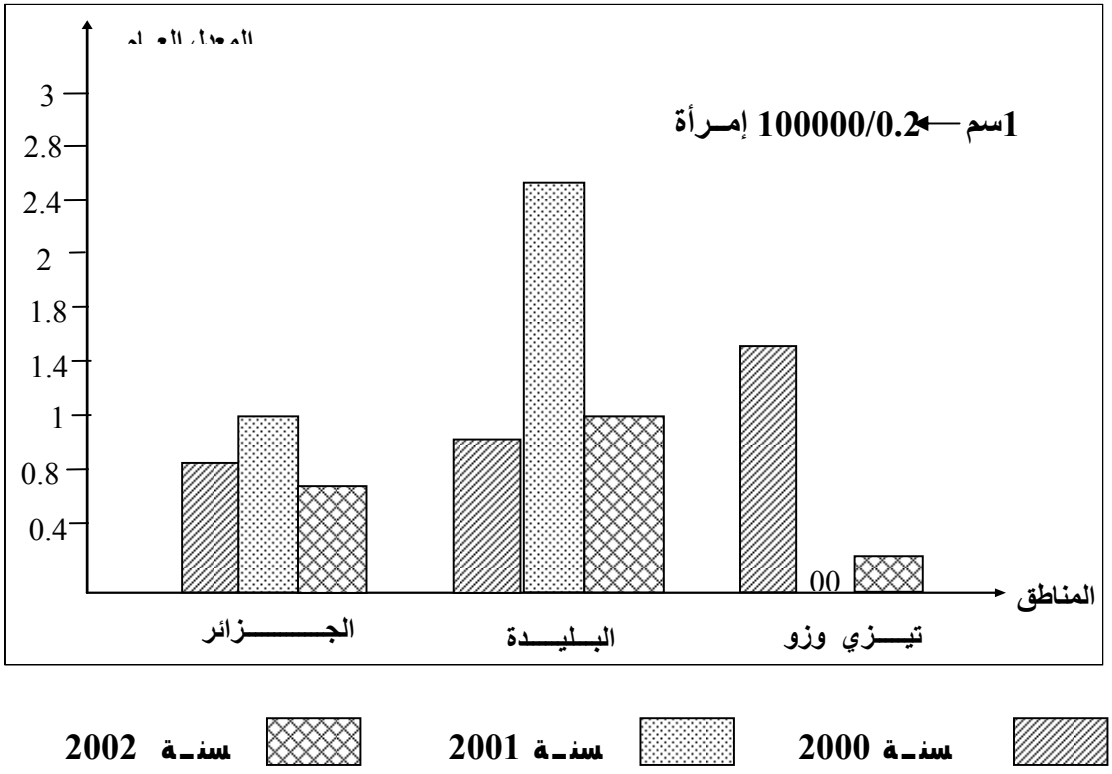
جـ ـ دول رقم (2): معدلات الإصابة بسرطان الرحم في الجزائر، البليدة وتيزي وزو للسنوات 2000-2001-2002 .

الفئات(السنة) / السنوات المنطقة		24-	29-	34-	39-	44-	49-	54-	59-	64-	69-	74-	57 فما فوق	المعدل الخام	المعدل العام
الجـزائـر	2000 (1)	_	_	_	_	_	3.5	_	5.3	_	7.9	6.3	_	0.6	0.8
	(2) 2001	_	_	_	1.2	_	1.7	2.2	5.2	5.7	3.9	_	9.0	0.8	1
	(3) 2002	_	_	1.6	_	_	_	2.1	2.5	_	7.4	_	4.3	0.5	0.6
البـلـيـدة	(4) 2000	_	_	3.2	_	_	6	_	_	_	13.1	_	_	0.7	0.9
	(5) 2001	_	_	_	3.9	9.1		7.8	9.9	_	12.8	24.3	_	1.7	2.5
	(6) 2002	2.3	_	2.6	_	_	5.3	_	8	_	_	_	_	1	1
تيزي وزو	(7) 2000	_	_	_	_	_	7.8	10.9	_	6.3	_	_	5.7	6	1.4
	(8) 2001	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	-	-
	(9) 2002	_	_	_	_	3.1	_	_	_	_	_	_	_	0.5	0.2

(1)- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000 – 2001, P 15.
(2)- Ibid, P 41.
(3)- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P 14.
(4)- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000 – 2001, P 21.
(5)- Ibid, P 47.
(6)- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P 18.
(7)- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000, 2001, P 27.
(8)- Ibid, P 53.
(9)- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P 22.

من خلال الجدول يمكن رسم أشكال بيانية توضح معدلات الإصابة بسرطان الرحم كما يلي

شكل (1): معدل الإصابات بسرطان الرحم في الجزائر، البليدة وتيزي وزو خلال 2000-2001 -2002.



من خلال هذا الرسم، نلاحظ أن معدلات الإصابة عموما متقاربة بين المناطق الثلاث مع الارتفاع دائما في منطقتي البليدة والجزائر العاصمة، بحيث أنها وصلت إلى 2.5 اصابة لكل 100000 امرأة في البليدة سنة 2001، أما المعدلات الأخرى فقد تراوحت بين 0.6 و 1 اصابة لكل 100000 امرأة. أما منطقة تيزي وزو سجلت أعلى نسبة تقدر بـ 1.4 لكل 100000 امرأة سنة 2000، ثم انعدمت سنة 2001 وارتفعت قليلا سنة 2002 إلى 100000/0.2 امرأة، هذا يدل مرة أخرى على تأثير النمط المعيشي والسلوك الإنجابي، حيث أن المرأة الريفية أكثر إنجابا من المرأة في الحضر، وهذا يساهم في انخفاض هذا النوع من الأمراض.

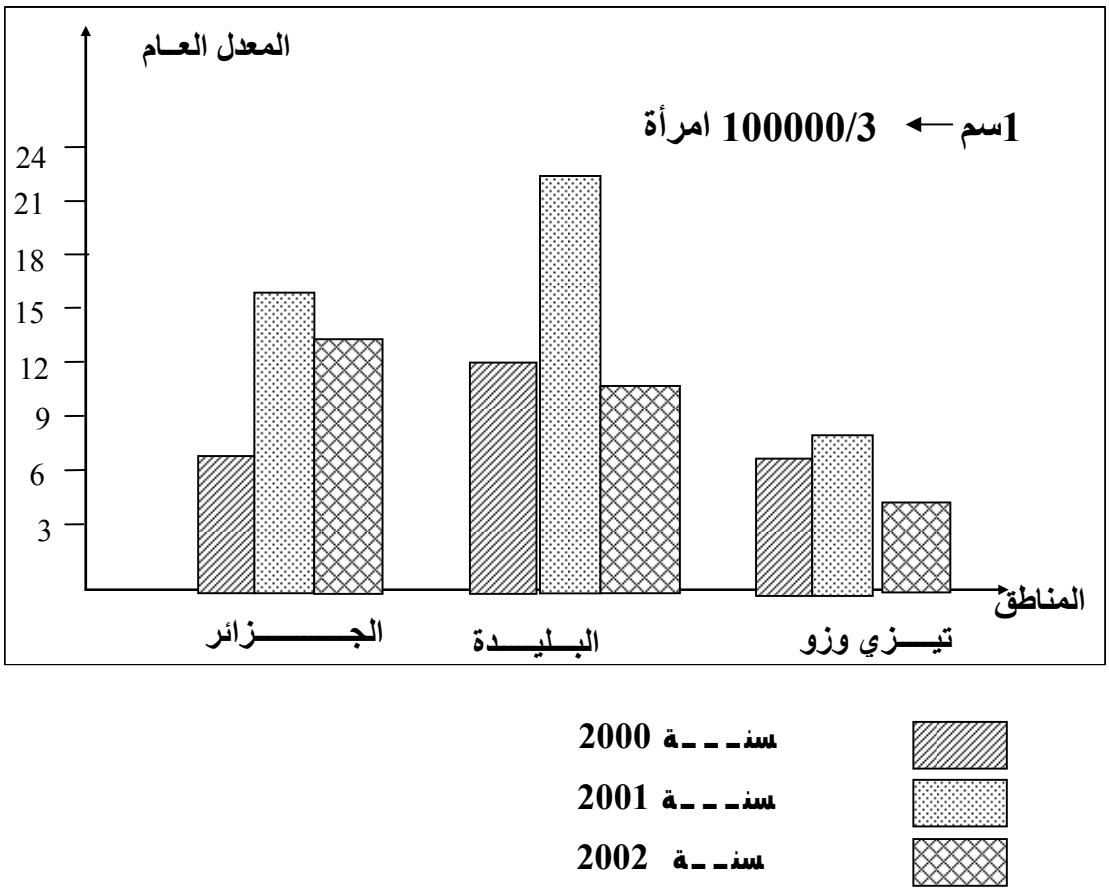
جدول رقم(3):معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم للمناطق الثلاث: الجزائر، البليدة وتيزي وزو للسنوات 2000-2001-2002

	الفئات(السنة السنوات المنطقة	19-	24-	29-	34-	39-	44-	49-	54-	59-	64-	69-	74-	75 فما فوق	المعدل الخام	المعدل العام
الجزائر	(1) 2000	_	0.7	_	1.7	6.3	13.2	19.1	16	42.3	14.6	11.6	44.5	36.9	5.9	7.5
	(2) 2001	0.7	1.5	_	1.7	9.9	20.1	44.2	38.1	59.5	51.3	85.1	62.2	18.1	12.2	15.2
	(3) 2002	_	_	0.7	5.6	5.9	15.1	43.8	45.1	34.5	49.1	51.6	59.6	34.7	10.5	13.3
البليدة	(4) 2000	_	_	_	3.2	16.1	4.7	42.1	39.9	40.4	43.1	26.1	49.6	_	7.4	11.1
	(5) 2001	_	_	_	_	23.7	47.5	70.6	54.7	59.4	84.4	51.2	72.8	72.2	15.4	21.3
	(6) 2002	_	_	2.3	_	19.3	8.9	26.5	35	40.1	26.6	24	38.8	56.4	8.2	10.5
تيزي وزو	(7) 2000	_	_	_	_	-	10.9	23.4	32.8	11.5	_	32.3	33.6	17.2	2.9	6.1
	(8) 2001	_	_	_	_	10.9	3.6	11.5	32.1	16.9	24.8	25.3	41.1	39.4	6.1	7.2
	(9) 2002	_	__	1.6	-	8.1	3.1	11	9.7	28.1	_	50.2	13.5	_	4.4	4.8

(1) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000 – 2001, P 15.
(2) Ibid, P 41.
(3)Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P 14.
(4) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000 – 2001, P 21.
(5) Ibid, P 47.
(6) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P 18.
(7) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000, 2001, P 27.
(8) Ibid, P 53.
(9) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P 22.

نوضح ما جاء في الجدول عن طريق الرسم البياني الموالي:

شكل (2): معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم للمناطق الثلاث: الجزائر، البليدة وتيزي وزو للسنوات 2000-2001-2002 .



نلاحظ أن معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم مرتفعة، فهو يحتل المرتبة الثالثة عالميا فيما يخص الإصابات السرطانية عند المرأة، نلاحظ من الشكل أن معدلات الإصابة متقاربة بين منطقتي البليدة والجزائر العاصمة، مع ارتفاع طفيف في منطقة البليدة حيث وصلت نسبة الإصابة سنة 2001 إلى 100000/21.3 امرأة، أما في منطقة تيزي وزو فقد سجلت بها أيضا أخفض النسب مقارنة بالمنطقتين الأخرتين، ولكنهما مرتفعة مقارنة بنسب السرطانات الأخرى لمنطقة تيزي وزو، فمن عوامل الإصابة بهذا المرض الزواج المبكر، تعدد الولادات خاصة إذا كانت في وسط غير طبي، تدني المستوى المعيشي والصحي.

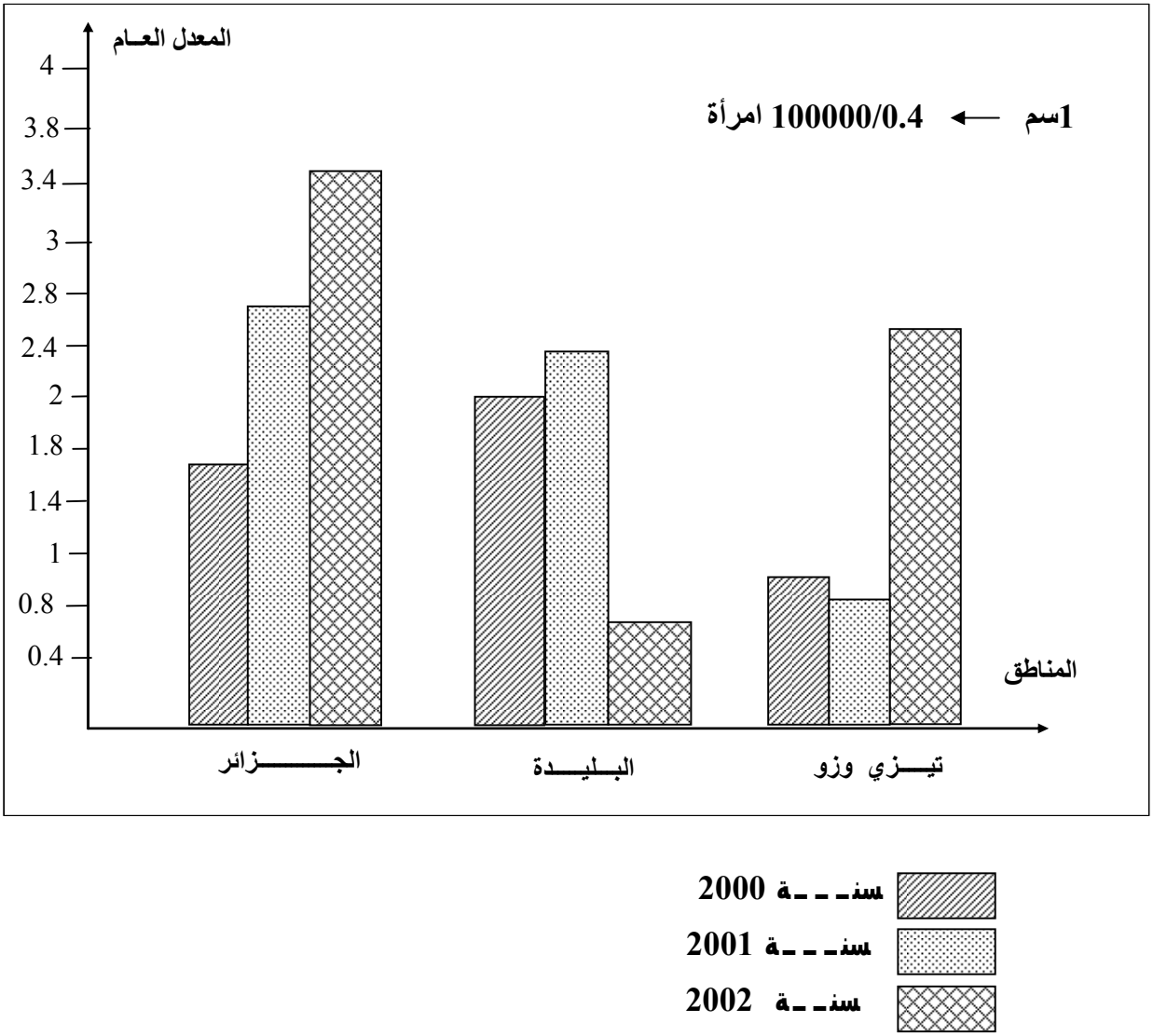
جدول رقم(4):معدلات الإصابة بسرطان جسم الرحم في المناطق الثلاث: الجزائر، البليدة وتيزي وزو للسنوات 2000-2001-2002 .

الفئات(السنة) / السنوات المنطقة		29-	34-	39-	44-	49-	54-	59-	64-	69-	74-	75 فما فوق	المعدل الخام	المعدل العام
الجزائر	(1) 2000	_	_	_	1.5	_	2.3	5.3	14.6	7.9	12.7	9.2	1.2	1.7
	(2) 2001	_	_	2.5	_	_	4.5	5.2	25.7	11.6	18.7	18.1	2.1	2.7
	(3) 2002	_	_	1.2	1.4	1.6	15	12.3	27.3	7.4	17.9	26	2.7	3.4
البليد	(4) 2000	_	_	_	_	_	_	40.4	_	_	_	18.4	1.5	2
	(5) 2001	_	_	3.9	_	_	7.8	19.8	10.6	12.8	_	_	1.4	2.2
	(6) 2002	2.3	_	_	_	5.3	_	_	_	_	_	_	1	0.5
تيزي وزو	(7) 2000	_	_	_	_	_	10.9	_	_	_	_	11.5	0.7	0.8
	(8) 2001	_	_	_	_	_	5.3	_	_	_	16.5	5.6	0.9	0.7
	(9) 2002	_	_	_	3.1	3.7	4.9	11.2	_	33.5	13.5	9.8	1.9	2.6

(1) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000 – 2001, P 15.
(2) Ibid, P 41.
(3) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P 14.
(4) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000 – 2001, P 21.
(5) Ibid, P 47.
(6) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P 18.
(7) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000, 2001, P 27.
(8) Ibid, P 53.
(9) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P 22.

من خلال هذا الجدول يمكن توضيح المعدلات أكثر في رسوم بيانية كما يلي:

شكل رقم(3): معدلات الإصابة بسرطان جسم الرحم للمناطق الثلاث: الجزائر، البليدة وتيزي وزو للسنوات 2000-2001-2002.



نلاحظ من خلال الشكل أن أعلى المعدلات سجلت في الجزائر العاصمة، فقد وصل معدل الإصابة بسرطان جسم الرحم سنة 2002 إلى 100000/3.4 امرأة، أما في منطقتي البليدة وتيزي وزو فقد كانت النتائج متفاوتة بحيث أنها كانت مرتفعة في سنة 2000 و2001

لتصل إلى 100000/2.2 امرأة، ثم تنخفض إلى 100000/0.5 امرأة، هذا فيما يخص منطقة البليدة. أما في منطقة تيزي وزو فقد كانت المعدلات منخفضة حيث قدرت بـ 0.8، 100000/0.7 امرأة للسنوات 2000، 2001 على التولي ثم ارتفعت إلى 100000/2.6 امرأة سنة 2002.

ارتفاع معدلات الإصابة راجع إلى انخفاض الخصوبة وتأخر سن الزواج وكذلك نقص العناية الصحية، بحيث أن سوء علاج أي عضو في الجهاز التناسلي للمرأة يؤدي إلى تفاقم المرض لذلك العضو وكذا انتشاره إلى الأعضاء الأخرى المجاورة له.

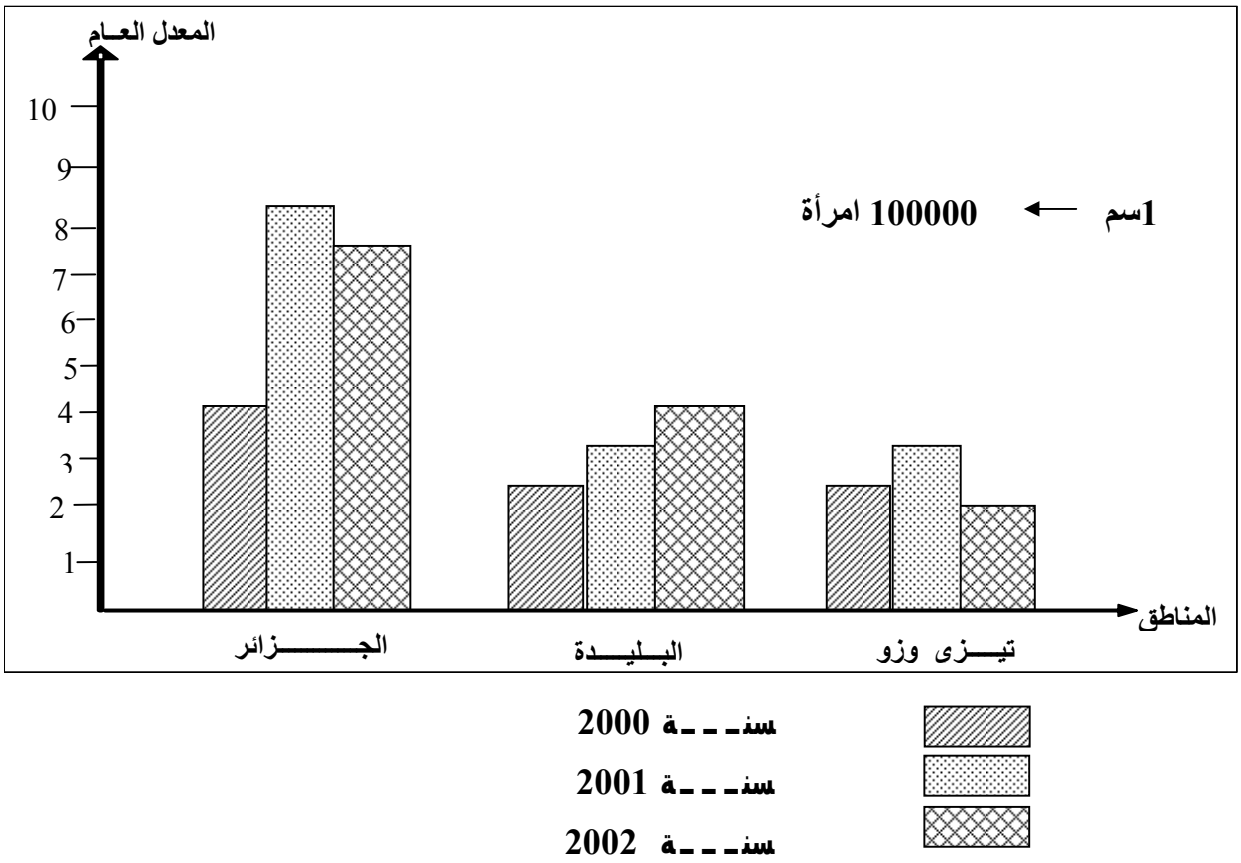
جـ ـ دول رقم (5): معدلات الإصابة بسرطان المبيض للمناطق الثلاث: الجزائر، البليدة وتيزي وزو للسنوات: 2000-2001-2002.

	الفئات(السنة / السنوات المنطقة)	4-	9	14-	19-	24-	29-	34-	39-	44-	49-	54-	59-	64-	69-	74-	75 فما فوق	المعدل الخام	المعدل العام
الجـزائـر	(1) 2000	0.9	_	_	_	2.2	0.8	4.3	7.6	5.9	8.7	9.2	15.9	11.6	15.8	_	13.8	3.9	4.3
	(2) 2001	_	_	0.7	2.2	3.7	3.0	6.7	12.4	14.3	11.9	17.9	23.3	42.8	19.4	24.9	_	7.4	8.1
	(3) 2002	_	0.8	–	0.7	3.5	2.9	3.2	8.3	6.9	8.1	25.8	27.1	35.5	11.1	17.9	26	6	7.3
البـلـيـدة	(4) 2000	_	_	_	_	_	5	3.2	4	_	_	23.9	10.1	_	_	24.8	_	2.2	2.9
	(5) 2001	_	_	_	_	2.5	2.5	3.1	_	13.7	_	7.8	9.9	10.8	12.8	_	18.1	2.9	3.4
	(6) 2002	_	_	–	2.3	4.6	2.3	2.6	3.9	4.5	–	14	_	35.5	12	19.4	_	3.6	4.3
تيزي وزو	(7) 2000	_	_	_	_	3.2	3.6	_	_	_	7.8	5.5	5.8	19	6.4	16.8	5.7	2.8	2.9
	(8) 2001	_	_	_	_	1.6	–	2.3	3.6	–	7.7	–	5.6	18.6	19	41.1	5.6	3.1	3.4
	(9) 2002	_	_	–	1.6	_	–	1.8	5.4	–	_	–	_	18.6	8.4	40.5	9.8	2.4	2.6

نبين نتائج الجدول في الشكل البياني الموالي:

(1) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000 – 2001, P 15.
(2) Ibid, P 41.
(3) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P14.
(4) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000 – 2001, P 21.
(5) Ibid, P 47.
(6) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P 18.
(7) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000, 2001, P 27.
(8) Ibid, P 53.
(9) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P 22.

شكل رقم (4): معدلات الإصابة بسرطان المبيض للمناطق الثلاث: الجزائر، البليدة وتيزي وزو للسنوات: 2000-2001-2002.



نلاحظ أن معدلات الإصابة بسرطان المبيض مرتفعة في المناطق الثلاثة، خاصة في الجزائر العاصمة حيث أنها وصلت إلى 100000/8.1 امرأة سنة 2001، و 7.3 /100000 امرأة سنة 2002، بعدما كانت تمثل 100000/4.3 امرأة سنة 2000. أما في منطقتي البليدة وتيزي وزو فقد جاءت المعدلات متقاربة فيما بينها، بحيث أنها وصلت إلى 4.3 /100000 امرأة سنة 2002 في البليدة في حين سجلت أعلى معدل في تيزي وزو سنة 2001 بـ 100000/3.4 امرأة.

ارتفاع المعدلات في الجزائر العاصمة عن المناطق الأخرى راجع أولا إلى توفرها على العديد وأهم المراكز الصحية المختصة خاصة فيما يتعلق بالأمراض الخطيرة كالسرطان، مما يؤدي إلى توجه وتوجيه المرضى إليها من المناطق المجاورة وحتى البعيدة منها.

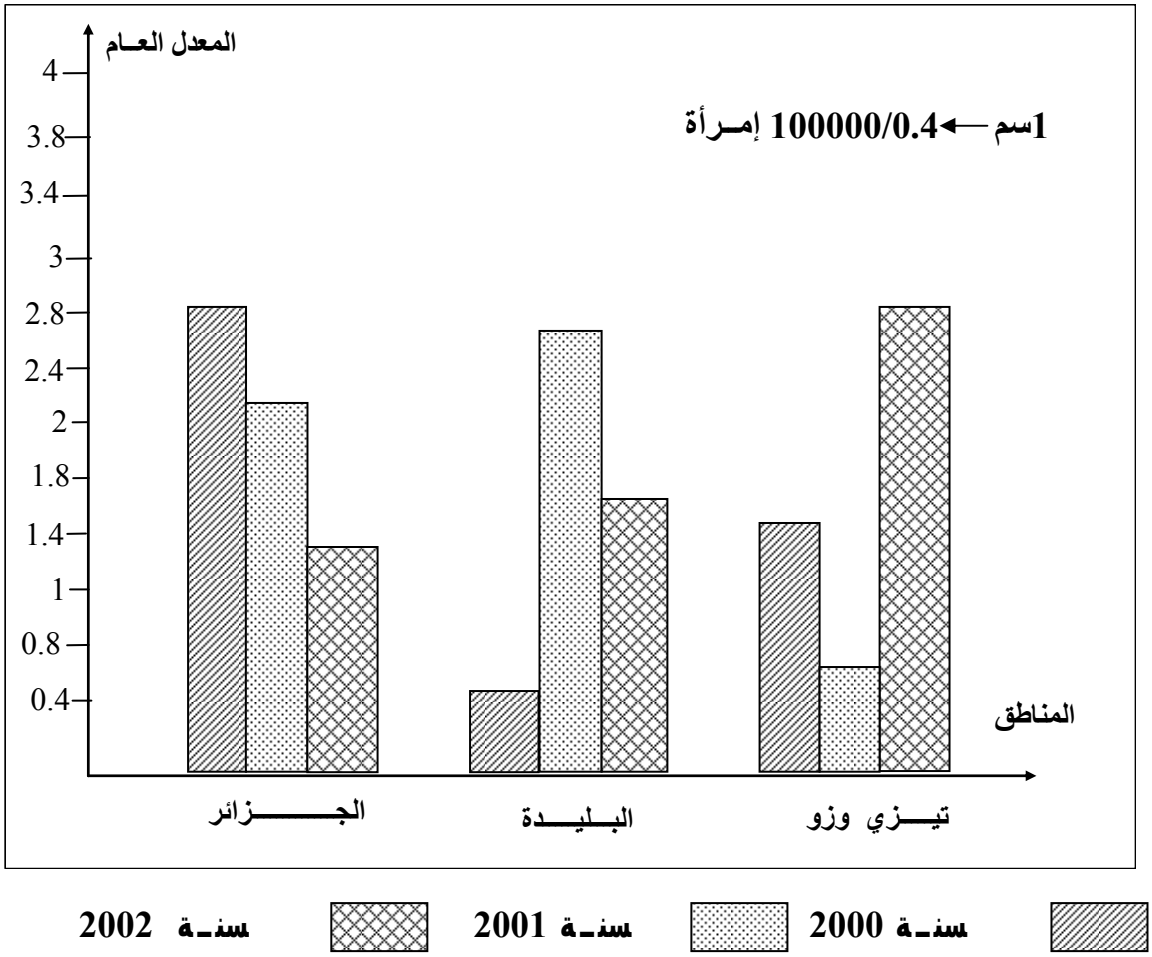
وفيما يخص تفاقم معدلات هذا المرض فهو راجع إلى عدة عوامل منها انتشار الأمراض المصيبة للمبايض كالأكياس المبيضية والتي نجدها خاصة عند العازبات واللواتي تأخرن في الزواج، وأيضا لاضطراب الدورة الشهرية والتي نشاهدها عند الكثير من النساء، وبسبب عدم الاكتراث بالأمر وعدم الكشف المبكر للمرض سواء علاجه ومتابعته بعد اكتشافه، يؤدي إلى تفاقم المرض إلى أن يتعقد ويتحول إلى سرطان.

جـــدول رقم (6): معدلات الإصابة بسرطان المثانة في المناطق الثلاث: الجزائر، البليدة

الفئات (السنة / السنوات لمنطقة)		19-	24-	29-	34-	39-	44-	49-	54-	59-	64-	69-	74-	75 فما فوق	المعدل الخام	المعدل العام
الجـزائـر	(1) 2000	_	0.7	_	_	2.5	1.5	1.7	6.9	7.9	5.8	17.7	19.1	13.8	2.2	2.8
	(2) 2001	0.7	_	_	_	1.2	1.4	3.4	2.2	7.8	8.6	3.9	18.7	18.1	1.8	2
	(3) 2002	_	0.7	_	_	1.2	1.4	_	2.1	4.9	2.7	11.1	6	4.3	0.9	1.2
البـــليـد	(4) 2000	_	_	_	_	_	_	_	8	_	_	_	_	_	0.2	0.4
	(5) 2001	_	_	_	-	_	_	5.9	_	9.9	10.6	25.6	24.3	18.1	1.7	2.6
	(6) 2002	_	_	2.3	_	_	_	5.3	_	8	_	_	38.8	_	1.2	1.6
تيزي وزو	(7) 2000	_	_	_	_	_	_	_	_	11.5	_	19.4	8.4	11.5	1.4	1.4
	(8) 2001	_	_	_	_	_	_	_	5.4	5.6	_	_	8.2	_	0.5	0.7
	(9) 2002	_	_	_	-	_	_	_	_	5.6	18.6	33.5	13.5	29.5	2.5	2.8

(1) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000 – 2001, P 15.
(2) Ibid, P 41.
(3) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P 14.
(4) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000 – 2001, P 21.
(5) Ibid, P 47.
(6) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P 18.
(7) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000, 2001, P 27.
(8) Ibid, P 53.
(9) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002, P 22.

شكـ ـل رقم (5): معدلات الإصابة بسرطان المثانة في المناطق الثلاث: الجزائر، البليدة وتيزي وزو للسنوات 2000-2001-2002 .



من خلال الشكل نلاحظ مدى ارتفاع معدلات الإصابة في المناطق الثلاثة، بحيث أنها في معظمها متقاربة. فقد تراجعت الإصابات في منطقة الجزائر من 2.8 إلى 2 ثم إلى 100000/1.2 امرأة للسنوات الثلاثة على التوالي ويمكن إرجاع ذلك إلى التكفل السريع بالمرض في المنطقة. أما المنطقتين البليدة وتيزي وزو، فإنها متذبذبة فتارة تنخفض وتارة ترتفع وهذا راجع إلى عدة عوامل منها سوء التكفل بالمرض، وكذا نقص الوعي وحملات التوعية للتصدي للمرض قبل تطوره وتحوله. وراجع أيضا لعوامل أخرى كنقص النظافة.

خلاصة الفصل:

نستخلص من خلال هذا الفصل ما يلي:

الأمراض النسائية الأكثر انتشار و التي وجدناها في إحصائيات مستشفى بني مسوس هي:

- الأورام الليفية
- الأورام الكيسية.
- الغسل الداخلي للرحم من أجل التحاليل.
- نزع الرحم.
- ورم في الثدي.
- شد عنق الرحم.
- نزع بويضة ملقحة.

أما السرطانات الأكثر تواجدا في المناطق الثلاثة: الجزائر، البليدة، تيزي وزو،خلال السنوات 2000 إلى 2004 هي

- سرطان عنق الرحم.
- سرطان المبيض.
- سرطان جسم الرحم.

الإطـــار الميدانـــي للدراســـة

الفصل الخامس:خصائص العينة و تحليل الفرضية الأولى

الفصل السادس:علاقة متغيرات اجتماعية بالاستجابة للأمراض النسائية

خصائص العينـة و تحليل جداول الفرضية الأولى

- تحليل الجداول المتعلقة بخصائص العينة

- تحليل الجداول الخاصة بالفرضية الأولى

- خلاصة الفصل

تمـهيـــد:

نقوم في هذا الفصل بإبراز أهم صفات ومميزات العينة التي تم اختبارها خلال هذا البحث، و هذا للسماح للقارئ أن يتعرف على مجتمع بحثنا و مميزاته، فكل عينة بحث لها خصائص خاصة بها، تكون في الغالب سبب التفرقة بين كل مجتمع و أخر، و سبب تباين النتائج المتحصل عليها في كل دراسة، بالإضافة إلـى تحليـل جـداول الفرضية الأولى، التي نختبر فيها مدى تأثير متغير السن على الأمراض النسـائية و الاستجابة لها.

الجـدول رقـم (7) : توزيع أفراد العينة حسب السن :

فئات السن (سنة)	التكرار	النسبة %
19 – 15	4	3.1
24 – 20	9	6.9
29 – 25	18	13.8
34 – 30	17	13.1
39 – 35	16	12.3
44 – 40	25	19.3
49 – 45	19	14.6
50 سنة فما فوق	22	16.2
المجموع	130	100

عند قراءة الجدول رقم (1) نجد أن أكبر نسبة من العينة سجلت عند الفئة 40 -44 سنة، ثم تليها الفئة 50 سنة فأكثر نسبة 16.9%، ثم تأتي الفئات العمرية المتبقية متقاربة إذ بلغت على التوالي 13.8% ، 13.1%، 12.3%، 14.6% عند الفئات 25 – 29 سنة، 35 – 39 سنة، 45 – 49 سنة، أما أخفض نسبة فقد سجلت لدى الفئات العمرية الأولى 15 – 19 سنة
20 – 24 سنة بالنسب 3.1% و 6.9% على التوالي

من خلال هذا التحليل الإحصائي، نستطيع أن نقول أنم الأمراض النسائية تتزايد مع تزايد العمر، حيث تقل الإصابة في الأعمار الأولى، ثم تتزايد مع ازدياد السن.

جـ ـ دول رقـ ـ م (8):

توزيع النساء المصابات بالأمراض النسائية حسب حالتين العائلية

الحالة العائلية	التكرار	النسبة %
متزوجة	89	68.4
عازبة	27	20.8
أرملة	10	7.7
مطلقة	4	3.1
المجموع	130	1000

سجلنا من هذا الجدول أعلاه، أن معظم العينة متزوجات بنسبة 68.4% تليهـا العازبات بنسبة 20.8%، أما الأرامل و المطلقات فقد سجلت نسـبة 7.7% و 3.1% على التوالي.

يمكن التعقيب على النسبة العالية للمتزوجات بردها إلى الطبيعة عينها، التـي كما لاحظنا من خلال الجدول رقم (7)، حين كانت معظم العينة بلغت سن 30 سنة فما فوق، هذا السن الذي تكون فيه المرأة قد مرت إلى المرحلة الثانية من حياتهـا وهـي المرحلة الزواجية، بغض النظر عن بعض الاستثناءات (تأخر الزواج). هذه المرحلة التي تشهد فيها تغيرات كبيرة، و نشاط غير مألوف مما يؤدي إلى إصابات كثيرة من في جهازها التناسلي و أحيانا خطيرة.

جـدول رقـم (09) :

توزيع أفراد العينة حسب مستواهن التعليمي.

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة %
أمي	38	29.3
ابتدائي	29	22.3
متوسط	23	17.7
ثانوي	31	23،8
جامعي	9	6،9
المجموع	130	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (09) أن أكبر نسبة سجلت لدى الإصابات بنسـبة 29.3%، يليها المستوى الثانوي بنسبة 23.8%، ثم الابتدائي بنسبة 22.3%، و تـنخفض قليلا عند المستوى المتوسط إلى 17.7% أما أخفض نسبة فقد سجلت لدى الجامعات بنسبة 6.9%.

من خلال هذه النتائج أن معظم المستجوبات (70.7%) تلقينا تعليم حتى ولـو كان منخفض ، و هذا راجع إلى طبيعة عيشتها عينتنا حيث أن نسبة معتبرة مـنهن لا يتعدى سنهن 44 سنة، كما يمكن التعليل على هـذه النسـب لكـون ذوات المسـتوى التعليمي المرتفع يكون لديهن في الغالب عمل و بالتالي دخل خاص بهن و هـذا مـا يجعلهن قادرات على التوجه إلى طبيب نسائي خاص و التخلي عن المستشفى الـذي يكون في معظم الأحيان قبلة للفقراء و ذوي الدخل الضعيف.

جـدول رقـم (10) :

توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض.

نوع المرض	التكرار	النسبة %
ورم ليفي – عضلي	49	37.7
ورم كيسي	28	21.5
كشط الرحم	12	9.2
نزع الرحم	11	8.5
إلتهاب	8	6.2
ورم ليفي – عضلي + ورم كيسي	7	5.1
العقم	4	3.1
سرطان	4	3.1
سائل في الرحم	2	1.5
شد الأبواق	2	1.5
إلتهاب + ورم كيسي	2	1.5
التهاب + ورم ليفي عضلي	1	0.8
المجموع	103	100

من خلال الجدول رقم (10) نسجل ما يلي :

أكبر نسبة من النساء هي 37.7% (في الجدول) مصـابات بـالأمراض الليفيـة العضلية و تليها نسبة الإصابات بالأورام الكيسية بنسـبة 21.5%، أمـا الإصـابات الأخرى فجاءت منخفضة و متقاربة فغيما بينها و تتراوح بين 9.2% و 0.8% كمـا يوضح لنا الجدول.

يمكن إرجاع ذلك إلى طبيعة عينتها، حيث أن 66% منها بلغت 40 سنة فأكثر و هو بين سن تكون فيه معظم النساء متزوجات و منجبات للعدد من الأطفال خاصة إذا حدث لها إسقاطات عديدة في ظل الظروف الصحية و المادية المعاشة في المجتمع هذه

العمليات التي تسبب للمرأة الكثير من الإصابات الميكروبية في جهازهـا التناسـلي، واضطرابات هرمونية، مما يؤدي بها إلى الإصابة بأورام الليفية خاصة، حيث صرح لنا أحد أخصائي المستشفى أن الأورام الليفية غالبا ما تصاب بها النسوة بعد سن 35 . و كذا بعد سن اليأس.

الإصابة بالالتهاب نتيجة الإهمال و نقص النظافة لانشغال المرأة الدائم ببيتها و عائلتها، هذا ما يعيقها من الاعتناء بنفسها و حتى بصحتها.

أما عن الأورام الكيسية فهي غالبا ما تصاب بها المرأة العازبة أو التي تتأخر عن الزواج.

حيث حسب عينتها 20.8% منهن عازبات، بإضافة إلى تـأخر سـن الـزواج فـي العشرية الأخيرة في الجزائر حيث بينت نتائج الإحصاء العام للسكان 1998 أن سـن الزواج عند الفتاة وصل إلى 28 سنة، من خلال هذا يأتي قول أحد الأخصائيين فـي أمراض النساء و التوليد فيها يخص وجود علاقة بين السن و الأكيـاس المبيضـة أن التكبير في الزواج و الحمل يساعد على منعها.

جـدول رقـم (11) : توزيع النساء المصابات بالأمراض النسائية حسب نشـاطها اليومي.

النشاط اليومي	التكرار	النسبة %
لا تعمل	108	83.1
عاملة	21	16.1
متقاعدة	1	0.8
المجموع	130	100

من خلال الجدول رقم (11) نجد أن أغلب النساء المصابات بالأمراض النسائية لا يعملن بنسبة 83.1 % ثم تأتي النسب المنخفضة للعاملات ب 16.1 % و المتقاعدة الوحيدة تمثل 0.8%.

هذه النسبة العالية من النساء اللواتي لا يعملن يمكن إرجاعـه إلـى عوامـل اقتصادية و اجتماعية، فرغم أن أغلب عينتها ذوات مسـتوى تعليمـي، إلا أنهـن لا يشتغلن هذا نفسره، بعدم إقبال النساء على العمل، فهن ضحايا البطالة بالإضافة إلـى كل هذا فإن تواجد نسبة عالية من النساء العاملات في المستشفى يعود إلـى مجانيـة العلاج، حيث أن الطبيب الخاص يتطلب أموال كثيرة و هن في الغالـب ذوات دخـل ضعيف أو لديهن في الغالب دخل واحد فغي العائلة.

جـدول رقـم (12) : توزيع أفراد العينة حسب نمط السكن.

نمط السكن	التكرار	النسبة %
بيت تقليدي	58	44.6
شقة	33	25.4
فيلا	29	22.3
بيت قصديري	06	4.6
أخرى	04	3.1
المجموع	130	100

يتبين لنا من الجدول رقم (12) أن أكبر نسبة من النساء يقمن في بيوت تقليدية بنسـبة 44.6% تليها النساء اللواتي يقمن في شقق ب 25.4 %، ثم تأتي نسب اللواتي يقمـن في فيلات بنسبة 22.3 %، أدنى نسبة سجلت لدى المقيمات في بيوت قصديرية بنسبة 4.6%،أما المقيمات في "أخرى" فهن المقيمات في "قطون" و "شاليهات" بنسبة 3.1%.

اكبر نسبة من النساء مقيمات في بيوت تقليدية و هذا راجع إلى كونهن يقمـن خارج مدن العاصمة حسب أقوالهن، أين ينتشر هذا النمط من السـكن، أمـا داخـل العاصمة فإن نمط الشقق و الفيلات هو المنتشر، بالإضافة إلى كل هذا توجد الطبقـة

الفقيرة و المتوسطة إلى المستشفيات فحسب نمط السكن وجدنا أن أكبـر نسـبة عنـد اللواتي يقمن في بيوت تقليدية و كذا في شقق.
هذه الفئات غير قادرة على نفقات العلاج عند الخواص، خاصة أن يكون ذلك بشـكل مستمر مثلما هو الحال في العلاج من الأمراض النسائية.

جـدول رقـم (13): توزيع أفراد العينة حسب العائلة التي ينتمين إليها.

الصنف العائلي	التكرار	النسبة %
الأسرة النووية	112	86.2
الأسرة الممتدة	18	13.8
المجموع	130	100

هذا الجدول يبين لنا أن النمط الأكثر انتشارا هو نمط الأسرة النووية حيث أن أكبر نسبة ب 86.2 %، أما نمط الأسرة الممتدة فلا يمثل سوى 13.8%.
يمكن التعقيب على النسب العالية لنمط الأسرة النووية، كون هذا الأخيـر الأكثـر انتشارا في المجتمع، خاصة مع التقدم و التحضر الذي شهدته البلاد منذ الاستقلال.

جـدول رقـم (08) : توزيع أفراد العينة حسب عدد الأفراد في البيت.

عدد الأفراد في البيت	التكرار	النسبة %
1 -4 أشخاص	28	21.5
5 – 9 أشخاص	58	44.7
10 – 14 أشخاص	35	26.9
15 شخص فأكثر	9	6.9
المجموع	130	100

أكبر نسبة سجلت كانت عند النساء اللـواتي تتكـون عـائلتهن مـن (5 - 9) أشخاص بنسبة 44.7 %، تليها العائلات المشكلة من (10 – 14) شخص بنسبة

26.9 % ، ثم المتكونة من (1 – 4) أشـخاص ب 21.5 % أخفـض نسـبة عنـد العائلات المتكونة من 15 شخص فأكثر.

نستخلص أن أكبر نسبة للعائلات التي لا يتعدى أفرادها 9 أشخاص، و يمكن إرجاع ذلك إلى نمط العائلة النووية السائد و كذا إلى انخفاض مستويات الخصـوبة مما أدى إلى تقلص حجم العائلة.

جـدول رقـم (15): توزيع المصابات بالأمراض النسائية حسب عدد الغرف في البيت.

عدد الغرف	التكرار	النسبة %
1 – 2 غرفة	22	16.9
3 – 4 غرفة	63	48.5
5 – 6 غرفة	27	20.8
7 غرف فأكثر	18	13.8
المجموع	130	100

أكبر نسبة سجلت لدى النساء المقيمات في (3 – 4) غرف بنسـبة 48.5 %، تليهـا المقيمات في (5 – 6) غرف بنسبة 20.8 %، ثم المقيمـات فـي (1 – 2) غرفـة، أخفض نسبة سجلت عند المقيمات في 7 غرف فأكثر ب 13.8 %.

يمكن تفسير النسبة العالية للمقيمات في (3 – 4) غرف على النمط الذي تقييم فغيه هؤلاء النساء، فنسبة معتبرة منهن يقمن في شقق و بيوت تقليدية، أين يعرف محدودية عدد الغرف في معظم الأحيان و قلتها، على غرار الفيلات التي كثر فيها عدد الغرف بالإضافة إلى كل هذا يمكن إرجاعه إلى المستوى الاقتصادي لكل عائلة.

تحليـل الفرضيـة الأولـى: كلما أنخفض سن المرأة المصابة بالأمراض النسائية كلما كانت الاستجابة للمرض سلبية أكثر.

الجـدول رقـم(16) :علاقة سن المصابات بالأمراض النسائية بكيفية تلقي المرض.

كيفية تلقي المرض فئات السن	الخوف	إنهيارعصبي + إحباط	قلق وتوتر	بشكل عادي	الإيمان بالقضاء و القدر	المجموع
19 – 15	1 % 25	3 % 75	- -	- -	- -	4 % 100
24 – 20	2 % 22.2	7 % 77.8	- -	- -	- -	9 % 100
29 – 25	6 % 33.3	11 % 61.1	1 % 5.6	- -	- -	18 % 100
34 – 30	4 % 23.5	5 % 29.4	5 % 29.4	3 %17.7	- -	17 % 100
39 – 35	7 % 43.8	5 % 31.2	3 % 12.5	1 % 6.3	- -	16 % 100
44 – 40	9 % 36	6 % 24	4 %16	4 %16	2 %8	25 % 100
49 - 45	14 % 73.7	2 % 10.5	1 %5.3	- -	2 % 10.5	19 % 100
50 فما فوق	10 % 45.5	- -	3 % 9.1	3 % 13.6	6 %27.3	22 % 100
المجموع	53 % 40.8	39 % 30	17 % 13.1	11 % 8.5	10 % 7.7	130 % 100

من خلال الجدول رقم (16) تبين لنا الاتجاه العام هو عند الاستجابة بـالخوف بنسبة 40.8% أين نجد أكبر نسبة و هي 73.7% عند الفئة العمرية (45 – 49) سنة تليها 45.5% عند الفئة 50 فما فوق، و تبقى هذه النسبة مرتفعة عند فئات السن (35 -39) سنة و (40 -44) سنة بالنسب على التوالي : 43.8 % ، 36 %، أما أخف النسب فقد كانت عند الفئات السنية الصغرى أي من 15 إلى 34 سنة .

الاستجابة بانهيار عصبي وإحباط جاءت بنسبة 30% بحيث سجلنا أعلى النسب عند الفئات العمرية الصغرى حيث سجلنا 77.8% عند الفئة 20 – 24 سنة و نسبة 75% عند الفئة 15 – 19 سنة و تبقى النسبة مرتفعة عند الفئة 25 – 29 سنة نسبة 61.1%.

و تبدأ هذه النسب بالانخفاض عند الفئات النسبية الكبرى بحيث وصلت إلى 45 – 49 سنة و تنعدم تماما عند الفئات 50 سنة فما فوق.

أما الاستجابة بـ "القلق و التوتر" فقد بلغت 13.1% و عند تدخل متغير السن نجد أنها منعدمة عند الفئات العمرية الأخرى بحيث سجلنا 5،6 % عند الفئتين 25 – 29 و 45 – 49 سنة على التوالي و مرتفعة عند الفئات 30 – 34 سنة و 40 – 44 سنة و 35 – 39 سنة بنسب 29.4%، 16%، 12.5% على التوالي.

الاستجابة بـ "شكل عادي" كانت النسبة منخفضة حيث سجلت 8.5% و نجد أن النسب عند الفئات الصغرى منعدمة، و سجلنا 17.7%، 16%، 13.6% عند الفئات 30 – 34 سنة، 40 – 44 سنة، 50 سنة فما فوق على التوالي.

أخفض النسب الاستجابة كانت عند " الإيمان بالقضاء و القدر" بحيث كانت النسب منعدمة عند الفئات العمرية الأولى و مرتفعة عند الفئة 50 سنة فما فوق بحيث سجلنا 27.30% و كذلك سجلنا نسبة 10.5 %، 8% عند فئتان 45 – 49 سنة و 40 – 44 سنة على التوالي.

من خلال هذه النتائج نستنتج أن هناك اختلاف فغي نوع الاستجابة للمرض حسب السن.

فالكبير في السن أكثر تخوفا من المرض و تأخر عملية العلاج و هي استجابة عادية يتعرض لها شخص يصاب بالمرض.

و كذا كانت استجابة البعض منهن بالإيمان بالقضاء و القدر و هذه نسبة منتشرة في المجتمع خاصة عند المسنين، وهي عبارة عن تفسير عقائدي عن كل ما يحدث للفرد، يلجئون إليها عندما لا تتوفر أية حيلة بين أيديهم أو لتفسير أي شيء غير مرغوب فيه، و هناك أيضا من اتخذت أمر إصابتها بالمرض بشكل عادي، ويمكن تفسير ذلك بخبرة هؤلاء أكثر في الحياة و قدرتهن على تخطي المشاكل خاصة إذا كان المرض بسيط كالالتهاب.

أما المبحوثات الأصغر سنا، استجابتهن أكثر "بالانهيار العصبي و الإحباط " لشدة وقع أمر الإصابة في هذه المنطقة عندهن، ففي مثل هذا الأمراض تؤدي إلى كون الفتاة أكثر إقبالا على الحياة الزوجية و الإنجاب، و هذه الأمراض تؤدي إلى فشل أو تأخر كل هذه الطموح خاصة إذا انتشار خبر الإصابة عند الجيران و حتى عند العائلة،التي لا تتقبل بسهولة هذه الأمراض عن الفتاة الصغيرة غير المتزوجة.

أما الاستجابة " القلق و التوتر" و قد كانت متباينة بين مختلف الأعمار، فالقلق و التوتر يميز كل النساء مهما اختلف سنهن و هو يزداد و ينقص حسب نوع المرض و درجة تأثره على المرأة و شخصيتها.

جـدول رقـــم (17) : علاقة السن بالتوجه للعلاج في الفترة الأولى من المرض

كيفية تلقي المرض فئات السن	طبيب النساء	مستشفى بني مسوس	طبيب النساء في مستشفى أخر	الخلط بين طبيب النساء و الطب العام	طبيب عام	المجموع
19 – 15	3 % 75	- -	- -	- -	1 %25	4 % 100
24 – 20	6 %66.7	1 % 11.1	- -	- -	2 %22.2	9 % 100
29 – 25	11 %61.1	2 % 11.1	1 % 5.6	1 % 5.6	3 %16.6	18 % 100
34 – 30	8 %47.1	3 % 17.6	2 % 11.8	3 %17.6	1 % 5.9	17 % 100
39 – 35	9 % 56	4 % 25	2 % 12.5	1 % 6.2	- -	16 % 100
44 – 40	9 % 20	6 % 28	7 %28	5 %20	1 %4	25 % 100
49 - 45	3 % 15.8	7 % 52.6	3 %15.8	3 %15.8	- -	19 % 100
50 فما فوق	1 %4.5	9 %10.9	8 %36.4	2 % 9.1	2 %9.1	22 % 100
المجموع	46 %35.4	9 % 27.7	23 % 17.7	15 % 11.5	10 % 7،7	130 % 100

تظهر لنا نتائج الجدول رقم (17) أن أكبر نسبة سجلت عند المتوجهات إلى طبيب النساء الخاص ، هي 35.4 % ، أين سجلنا على النسب عند الفئات العمرية الأولى حيث بلغت على النسب 75% عند الفئة 15- 19سـنة 66.7 % عنـد 20 - 24 سـنة،

و61.1 % عند 25 – 29 سنة، و انخفضت هذه النسب عند الفئات العمرية الكبرى فقـد سجلنا أخفض نسبة عند الفئة 50 سنة فما فوق 4.5%، 15.8% عند الفئة 45 – 49 سنة.

بعد ذلك لدينا المتوجهات إلى بني مسوس قصد العلاج بنسـبة 27.7% و كانـت الفئات العمرية الكبرى أكثر توجها إليه حيث وصلت أعلى نسبة إلى 52.6% عند الفئة 45 – 49 سنة، و 40.9%عند الفئة 50 سنة فما فوق، انعدمت عند الفئة 15 – 19 سنة ثم نسجل 17.7%من المتوجهات إلى طبيب النساء في مستشفى أخر غير بني مسوس أين سجلنا أعلى النسب عند الفئات العمرية الكبرى حيث بلغت 36.4% عند الفئة 50 سنة فما فوق، و انعدمت عند الفئتين العمريتين.

أما المبحوثات اللواتي توجهت للعلاج تارة عند طبيب النساء و الخـاص تـارة أخرى عند طبيب النساء و العام، فقد بلغت نسبتنهن 11.5%، و جاءت النسب متذبذبة بين الفئات العمرية.

أخفض نسبة في الجدول كانت عند المتوجهات إلى طبيب عـام بـ ـ 7.7%، و أعلى النسب سجلت عند الفئات العمرية الصغرى حيث بلغت 25% عند الفئـة العمريـة 15– 19 سنة، و انخفضت عند الفئات الكبرى حتى انعدمت عند الفئتين 35 – 39 سنة.

ومن هنا ينتج لنا أن الاستجابة للأمراض النسائية من خلال التوجه للعـلاج فـي الفترة الأولى من المرض يتأثر بسن المريضة، فكما كان سن المبحوثات صـغيرة كامـا توجهت أكثر إلى الطبيب النساء الخاص يضمن التشخيص و العلاج السريع و الجـدي و الذي يتم في كثير من الأحيان دون علم عدد كبير من الأشخاص أي يضمن السرية التي تبحث عنها معظمهن، إن لم تقل كل المصابات بالأمراض النسائية خاصـة الصـغيرات منهن اللواتي يخفين أمر مرضهن عن الناس حتى على بعض أفرد العائلة أو كلهم، و هذا بدوره راجع إلى نظرة المجتمع السيئة لهذه الأمراض.

أما المبحوثات الكبيرات في السن فقد توجهن أكثر للمستشفيات العمومية، فغرضهن أكثر هو العلاج و عندما يكون مجاني يكون أحسن، بيد أن هذه الأمراض تستلزم أشعة و تحاليل خاصة مكلفة كثيرا و تكون المراقبة مستمرة مما يستحسن اللجوء إلى المستشفيات العمومية، و هن لا يهتمن كثيرا بانتشار خبر مرضهن أضف إلى ذلك خبرتهن الكبيرة في الحياة، و سعة شبكة العلاقات الاجتماعية لهن خاصة أنهن يحبذن الخروج و سؤال الناس عن كل شيء إذ أهمهن الأمر مما يساهم في معلومات حول المرض و عن الجهة التي يجب الاتجاه إليها.

و جدنا نسبة بسيطة من النساء في سن مبكر توجهن إلى طبيب عام في الفترة الأولى من المرض و هذا لعدم درايتهن بمن يجب الاتصال به في الأول و ليس لديهن فكرة واضحة عن هذه الأمراض لذا يلجأن إلى الطبيب العام الذي ألفن العلاج عنده، و من يتم أخذ العلاج إذا كان المرض بسيط ،أو يعاد توجيههن إلى طبيب النساء الخاص أو العام.

و الجدول الموالي يبين لنا من وجه المبحوثات لطلب العلاج في المستشفى بني مسوس.

و الجدول رقم (18): التوجه إلى المستشفى بني مسوس.

التوجه إلى مستشفى بني مسوس	التكرار	النسبة
لوحدي	52	%40
أحد المعارف العاملين في الصحة	39	%30
الطبيب الذي كنت أعالج عنده	21	%16.2
العائلة	18	%13.8
المجموع	130	%100

يظهر لنا الجدول أعلاه أن نسبة كبيرة من النساء توجهت إلى مستشفى بني مسوس قصد العلاج بتوجيه آخرين أي 60%، منهم 30% توجهت إليه بتوجيه أحد المعارف العاملين في الصحة، و 16.2% بتوجيه من الطبيب المعالج و 13.8% من العائلة، أما 40% فقد توجهن بمفردهن إليه.

من هنا نلاحظ مدى تأثير شبكة العلاقات الاجتماعية في توجيه الآراء خاصة إذا كان هناك احد من العائلة أو المعارف الذين يشتغلون في سلك الصحة، فبواسطة يمكن الالتحاق بالمستشفى بسرعة أكبر و الحصول على تسهيلات و امتيازات أكثر، و قد صرحت الكثير من المبحوثات أنهن دخلت المستشفى عن طريق واسطة، أما التوجيه عن طريق الطبيب، فقد صرحت النساء أنه عندما الطبيب الخاص أنهن غير قادرات على تحمل أعباء العلاج عند الخواص ينصحهن بالتوجه إلى المستشفى العمومي خاصة إن كان يعمل هو أيضا فيه مما يسهل عليهن الأمر و كذلك عندما يرى الطبيب المعالج انه غير مختص فيه يسهل عليهن الأمر، و كذلك عندما يرى الطبيب المعالج أنه غير مختص في السرطان فإنه يعيد توجيه إلى المستشفى، أما اللواتي توجهن إلى المستشفى بمفردهن فإنهن على علم و دراية من قبل أين يمكن التوجيه إليه، نظرا لقرب المستشفى منهن كما صرحت به بعض النساء، و كذا التحاقهن به من قبل بسبب مرض أخر.

جـدول رقـم (19) : علاقة سن المبحوثات باستخدام الطب التقليدي.

استخدام الطب التقليدي فئات السن	نعم	لا	المجموع
19 – 15	- -	4 %100	4 %100
24 – 20	- -	9 100	9 %100
29 – 25	3 % 16.7	15 %83.3	18 %100
34 – 30	6 %35.3	11 %64.7	17 %100
39 – 35	6 % 37.5	10 %62.5	16 %100
44 – 40	13 %52	12 %48	25 %100
49 – 45	11 % 57.9	8 %42.1	19 %100
50 سنة فما فوق	9 % 40.9	13 %59.1	22 %100
المجموع	48 %36.9	82 % 63.1	130 %100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) أن هناك تراجع في استخدام الطب التقليدي بديل النسب المتحصل عليها بحيث سجلنا 63.1% من المبحوثات لم يلجأ إلى الطب التقليدي مقابل 36.9% من استخدامه.

و عند إدخالنا للتغيير المستقل "السن" وجدنا انه علما تقدم سن المرأة علما ازدادت نسبة استخدام الطب التقليدي، و العكس بالعكس صحيح، بحيث أننا لم نسجل أية نسبة عند الفئتين الأوليتين 15 – 29 سنة، و 20 – 24 سنة و منخفضة عند الفئة 25 – 29 سنة 16.7%، أما أعلى نسبة فقد سجلت عند الفئة 45 – 49 سنة بنسبة 57.9% من المستخدمات للطب التقليدي، بمعنى أنه هناك علاقة بين السن و استخدام الطب التقليدي.

توجد كبيرات في السن في الطب التقليدي راجع إلى ترسخ هذه الظاهرة في المجتمع الجزائري رغم تطور العلم و انتشاره إلا أن هناك دائما علاقة بين الطب التقليدي الشعبي و الناس، فهي ثقافة مستمرة و موجودة منذ عصور و مرسخة، في الأذهان أما الصغيرات في السن فإنهن يلجأن إلى الطب أكثر من الطب التقليدي وهذا لأسباب عديدة، لهذا طرحنا السؤال "لماذا تستخدمين (أولا تستخدمين) الطب التقليدي ؟ فكانت الإجابات في الجدول الموالي.

جـدول رقـم(20): سبب استخدام و عدم استخدام الطب التقليدي.

استخدام الطب التقليدي		التكرار	النسبة
نعم	استخدمه منذ زمن بعيد	29	%22.3
	ناجح	19	%14.6
	المجموع	48	%36.9
لا	أخاف أن الإصابة في هذه المنطقة	39	%30
	لا أومن به	21	%16.2
	غير مفيد	12	%9.2
	لا أريد الخلط بين الطب الحديث و الطب التقليدي	10	%7.7
	المجموع	82	%63.1
المجموع الكلي		130	%100

هذا الجدول (رقم 20) بين لنا سبب توجه النساء للطب التقليدي على أنه عادة قديمة متوارثة عن الأجداد تستخدم للعلاج من الأمراض المختلفة حتى العضوية منها، لا يمكن أقلاع هذه العادة من المجتمع.

أما اللواتي لم يلجأن إلى الطب الشعبي فإن معتبرة منهن 30% صرحت فإنهن لم يستخدمنه لخوفهن الكبير من الإصابة في هذه المنطقة لأنهن لا يحتملن الخطأ أو سوء نتيجة العلاج التي تؤدي بدورها على الأثير المباشر على الحياة الاجتماعية للمرأة خاصة إذا كانت صغير ة في السن، نفس الشيء بالنسبة للواتي صرحن بعدم الخلط بين العلاجين و أيضا للواتي صرحن بأنه غير مفيد، كلها تصريحات تدل على الخوف من هذا النوع من الطب و الخوف من فشله و الذي لا يحتمل و قد يؤدي إلى تعقيدات أخرى أكبر، و هناك نسبة 16.2% من المبحوثات صرحن بأنه لا يؤمن بالطب التقليدي و يمكن إرجاع ذلك إلى المستوى التعليمي المرتفع لهن وإلى تغير القناعات و العادات، فلدينا نسبة معتبرة من المريضات ذوات مستوى تعليمي مرتفع.

جـدول رقـم (21): علاقة السن بتفصيل العلاج.

تفضيل العلاج / فئات السن	امرأة	كلاهما (لا فرق)	رجل	المجموع
19 – 15	3 %75	- -	1 %25	4 %100
24 – 20	7 %77.8	1 %11.1	1 %11.1	9 %100
29 – 25	13 %72.2	4 %22.2	1 %5.6	18 %100
34 – 30	9 %52.9	5 %29.4	3 %17.7	17 %100
39 – 35	6 %37.5	7 %43.8	3 %18.7	16 %100
44 – 40	9 %36	10 %40	6 %24	25 %100
49 – 45	6 %31.6	9 %47.4	4 %21	19 %100
50 فما فوق	8 %36.4	9 %40.9	5 %22.7	22 %100
المجموع	61 % 46.9	45 %34.6	24 % 18.5	130 %100

تظهر لنا نتائج الجدول رقم (21) بوجود علاقة بين سـن المريضـة و تفضـيل العلاج، حيث أن الصغيرات في السن يفضلن العلاج عند "امرأة " فقد جاءت النسب عالية عند الفئات العمرية وصلت الأولى أعلى نسبة إلى 77.8% عند الفئة 20 – 24 سـنة و تنخفض إلى 31.6% عند الفئة 45 – 49 سنة، و بالنسبة للمريضات اللـواتي لا يـرين فرق في العلاج أو عند رجل، و جدنا أعلى النسب عند الكبيرات في السن حيث وصلت إلى 17.4% عند الفئة العمرية 45 – 49 سنة في حين لم نسجل أية نسبة عند الفئة 15 – 19 سنة، و 11.1% عند الفئة 20 – 24 سنة.

أما اللواتي يفضلن العلاج عند "رجل" فقد كانت النسب متقاربـة و منخفضـة و مقارنة بنسب الخانتين السابقتين، فقد سجلنا أعلى النسب عند الفئة 15 – 19 سـنة بـ 25%، و 24% و عند الفئة 40 – 44 سنة، أما اخفض نسبة فقد سـجلت عنـد الفئـة العمرية 20 – 24 سنة.

من خلال هذه النتائج يمكن أن نعلق على النسب العالية من المبحوثـات اللـواتي يفضلن العلاج عند "امرأة" خاصة الصغيرات في السن ، إلى طبيعـة هـذه الأمـراض بالذات، و هي أمراض الجهاز التناسلي للمرأة و الفتاة الصغيرة غير متعودة علـى هـذا النوع من والمرض العلاج و بالتالي نجد حرجا كبيرا في التوجه للعلاج كليا و ليس فقط إلى طلب العلاج عند رجل أو امرأة و هناك أيضا عوامل أخرى كعـدم رضـا الأهـل بالتداوي عند الرجل، أضف إلى ذلك طول العلاج لهذه الأمراض مما يـؤدي بـالمرأة و أهلها بالانزعاج من العلاج خصوصا إذا كان في المستشفى أين يكثر عدد المتربصـين و المعالجين.

أما اللواتي لا يجدن فرق في العلاج عند المرأة أو الرجل فإنهن لا ينظـرن إلـى هذه الأمراض بنفس النظرة التي تراها الصغيرات في السن، رغم أنهن أكدن جميعا أنـه هناك نوع من الإحراج دائما، فالخطورة عندهن أولا ليس في الخوف من معرفة الآخرين للمرض و لكن الخطورة في عدم الشفاء وفعالية العلاج.

لمعرفة أكثر أسباب تفضيل العلاج عند المرأة أو الرجـل أو كلاهمـا، طرحنـا السؤال عن سبب تفضيلهن للعلاج عند كل واحد منهم، فكانت الإجابـات فـي الجـدول الموالي.

جـدول رقـم (22): نسب تفضيل المريضات للعلاج عند المرأة، رجل أو كلاهما.

تفضيل العلاج		التكرار	النسب %
المرأة	الحياء	23	%17.7
	المرأة تعالجها المرأة	13	%10
	أمر غير عادي	10	%7.7
	حرام العلاج عند الرجل	9	%6.9
	الأهل يرفضون	4	%3.1
	الزوج يرفض العلاج عند الرجل	2	%1.5
	المجموع	61	%46.9
كلاهما	المهم العلاج	45	%34.6
	المجموع	45	%34.6
رجل	الرجل أمهر من النساء	24	%18.5
	المجموع	24	%18.5
المجموع		130	%100

يوضح لنا هذا الجدول أن 17.7% من المبحوثات يرجعن سبب تفضيلهن للعلاج عند المرأة إلى "الحيان"، فالإصابة في هذه منطقة أمر مزعج للغاية، خاصة أن ثقافتنا و عاداتنا لا تسمح بذلك و كذا الدين الإسلامي، لهذه نجد أنه هناك من تعتقد أنه حرام العلاج عند الرجل 6.9% و كذلك من تقر بأن المرأة تعالجها "المرأة " 10%، و قد صرحت بعض المبحوثات " puisqsue كانت النساء التي يعالجو، ما ندويش عند الرجال" "بفي" بما أنه هناك طبيبات معالجات، فلا أعالج عند الرجال، بنسبة 3.1%، و الأهل يرفضون العلاج عند الرجال بنسبة 1.5%، و هذا كله راجع كما قلنا سابقا إلى عوامل ثقافية و اجتماعية، فالزوج أو الأهل ترى أنه من العار أن تعالج زوجته أو أخته أو ابنته ....الخ عند رجل فذلك ينقص من كرامة زوجته أو أخته أو ابنته ....الخ و ينقص من كرامته هو.

أما اللواتي لا يرين فرقا في العلاج عند رجل أو امرأة فقد صرحن كلهن بأنه المهم هو العلاج دون النظر إلى الشخص المعالج و كيفية العلاج، و كما رأينا في الجدول السابق فإن الكبيرات في السن يقرن بذلك، فتأخر عملية العلاج عندهن في مثل هذه السن قد يؤدي إلى تطورات خطيرة للمرض إذا لم يتم التكفل به جيدا.

أما النسبة المتبقية من المبحوثات 18.5% فقد صرحن بأن الرجال أمهر من "النساء" فلهذا يفضلان العلاج عند الرجال، ربما تكون هؤلاء النساء فغي أشياء من المجربات للعلاج عند المرأة لم يجدي نفعا، أو أنهن جربن النساء في أشياء أخرى و لم يرضهن بالنتيجة، أضف إلى ذلك إن كان لهن مستوى تعليمي و ثقافي مرتفع فإنه قد تكون لديهن نظرة مختلفة للمرض و للعلاج.

جدول رقم (23): علاقة السن بتغير مجرى الحياة.

التغير في مجرى الحياة **فئات السن**	نعم		لا		نوعا ما		المجموع	
19 – 15	8	%75	-	-	1	%25	4	%100
24 – 20	8	%8.9	-	-	1	%11.1	9	%100
29 – 25	10	%55.6	2	%11.1	6	%33.3	18	%100
34 – 30	9	%52.6	2	%11.8	6	%35.3	17	%100
39 – 35	7	%43.8	8	%50	1	%6.2	16	%100
44 – 40	9	%36	9	%36	7	%28	25	%100
49 – 45	5	%26.3	10	%52.6	4	%21.1	19	%100
50 فما فوق	2	%9.1	15	%68.2	5	%22.7	22	%100
المجموع	53	%40.8	46	%35.4	31	%23.8	130	%100

الاتجاه العام لهذا الجدول هوة عند العمود الذي فيه الإجابة بـ" نعم لتغير مجرى الحياة " من جراء المرض بنسبة 40.8%، وجاءت أعلى النسب فيه عند خانات التقاطع الأولى حيث سجلنا نسبة 88.9% عند الفئة 20-24 سنة، و75% عند الفئة 15-19 سنة أما أخفض نسبة فقد كانت عند الفئة 50 سنة فأكثر بـ 9.1 % ، وإذا انتقلنا إلى العمود الثاني الذي فيه الإجابة بـ "لا" لتغير مجرى الحياة فإن الاتجاه العام له بنسبة 34.5% ، و أعلى نسبة سجلت عند الفئة العمودية الأخيرة 50 سنة فما فوق ب 68.2% أما أخفض النسب فقد سجلت عند الفئات العمرية الصغرى و حتى أنها انعدمت عند الفئتين 15 – 19 سنة و 20 – 24 سنة. أما اللواتي أحين بتغير في مجرى الحياة " نوتاما " فقد جاءت النسب معتبرة و متقاربة عند معظم الفئات.

من خلال هذه النتائج نستنتج أنه كلما انخفض سن المريض كلما كان تأثير المرض كبير عليها و بالتالي سبب أكثر في تغير مجرى الحياة فالمجتمع الجزائري لا يرحم الفتاة و حتى المرأة الغير المتزوجة التي تصاب بالأمراض النسائية فالعائلة،الجيران، و حتى الزوج بالنسبة للمتزوجات كلهم يؤثرون سلبا على هذه المرأة المصابة ، و كأنها هي التي أرادت أن تصاب في هذه المنطقة ، و عمدت إلى ذلك ، رغم أن معظم النساء صرحت بما يلي: " نمرض في بلاصا أخرى ولا في هذه البلاصا." يبقى أنهن يفضلن أن يمرضن مرض أخر غير الأمراض النسائية، فهي وصمة عار عليها و على عائلتها خاص بالنسبة للفتاة، فهذه الأمراض تعتبر أمراض النساء المتزوجات والكبيرات في السن و ليس العكس، تفاقم هذه النظرة السيئة للأمراض النسائية راجع إلى عدم وجود معلومات كافية وإعلام صحيح حول هذه الأمراض، حتى أنها تعتبر من الطابوهات، فلا يستطيع أحد الخوض في الحديث عنها أمام الملأ.

بقي أن نعرف ما هو نوع التغير الذي حصل لهؤلاء النساء في حياتهن، وهذا ما سنراه من خلال الجدول الموالي.

جـ ـ ـدول رقم (24): توزيع المبحوثات حسب كيفية تغير مجرى الحياة.

كـ ـيفية تغير مجـرى الحياة	التكرار	النسبة %
- القلق الـدائم، الخوف من المستقبل	16	19.1
- تعقد والصعوبات في العلاقات الجنسية	15	17.9
- إخفاء الأمر حتى يوم وصول العملية الجراحية	11	13.1
- تهرب الزوج مني	9	10.7
- الإحساس بالخجل	8	9.5
- إخفاء الأمر عن الأب و الإخوة	7	8.3
- تهديد الزوج بإعادة الزواج	5	5.9
- الشتم و النسب	5	5.9
- الانفصال عن الزوج	4	4.8
- تهـديد الـزوج بالطلاق	3	3.6
- طـردها من البيت	1	1.2
- المجموع	84	% 100

تحصلنا على المجموع (84) من إجابات المبحوثات حول تغير مجرى الحيـاة ب "نعم" بين لنا الجدول مختلف التغيرات التي طرأت على مجرى حياة المبحوثات من جراء الإصابة بالأمراض النسائية، أعلى نسبة سجلت هي 19.9 % عند النساء اللواتي سـبب لهذا المرض "القلق الدائم و الخوف من المستقبل " و هي استجابة عادية يتعرض لها كـل من يمرض ولكن ليس ، بدرجة عالية كما يحدث عند هذه الأمراض ، فضـعف الثقافـة صحية للمرأة و مكوثها بالبيت يمنعها من الاتصال بغيرها و حتى حصولها على معلومات ناقصة و في معظم الأحيان خاطئة، مما يزيد من قلقها و توترها.

أما تغير مجرى حياتهن بسبب تعقد وصعوبات في العلاقات الجنسية فقـد كانـت نسبتهن 17.9 % ، لأن هذه الأمراض عندما تصيب المرأة تصبح غير قادرة في الغالب على إقامة علاقات جنسية عادية و قد تكون متباعدة كثيرا أثناء أخذ العلاج، هذا ما يسبب إزعاج الزوج الذي يسأم من هذه الحالة ،و يطالب دائما المرأة من أداء واجباتها الزوجية مما يجعل المرأة في حرج كبير خاصة إذا كان المرض خطيرا أو انه يستلزم مدة طويلة للعلاج فان الأمر يتفاقم و يصل تهديد الزوج بإعادة الزواج كما جاء في الجـدول بنسـبة 5.9% أو التهديد بالطلاق ل3.6% وهناك حتى من انفصلت عن زوجهـا بسـبب هـذه الأمراض و كانت نسبتهن 4.8% بالإضافة لمن صرحت بتهرب الـزوج منهـا بنسـبة 10.7% هذه الاستجابات من الزوج تؤثر حتما على المرأة لأنها تحسب بأنها غير صالحة غير كاملة خاصة أن مكانة المرأة في المجتمع الجزائري دائما تحت مكانة الرجل فمـن الطبيعي و الواجب على المرأة أن تتحمل مرض زوجها و تعيينه عليه و الجميع يرى أن التهاون فقط في الاعتناء بالزوج يعني أن هذه المرأة ناقصة، ولكن عندما تمرض، فـإن الزوج هو الأول الذي يتذمر، و الجميع يرى أنه من حقه أن يتركها أو على الأقل يعيد الزواج، و هناك من صرحت كما يلي: "يمرض هو وما نمرضش أنا " يعني أفضـل أن يمرض زوجي على أن امرض أنا.

وهناك مقولة شعبية ترددت على ألسنة المبحوثات كثيرا مفادها: " راجلك يحبـك قوية، وخوك يحبك غنية " يعني الزوج يحبكم أن تكون سليمة معافـة ، والأخ يريـد أن تكون أخته غنية.

أما الاستجابة بـ "الإحساس بالخجل " فقد كانت نسبة 9.5 % ،فالصغيرات فـي السن يخجلن من إصابتهن بالأمراض النسائية، فهي لا تعتبر كأمراض عادية بل إنها عار على العائلة أو سوء القدر، كما يقال عنها، خاصة إن لم تكن المـرأة متزوجـة، فكيـف تمرض في هذه المنطقة، فهي تعتبر أمراض النساء المتزوجات فقط، كذلك الكبيرات فـي السن يخجلنا بإصابتهن بالأمراض النسائية لأنه في نظـرهن لا يمكـن الإصـابة بهـذه الأمراض في هذا السن، فوقت الإنجاب و الإجهاض قد مضى.

صرحت بعض النساء بما يلي: " مافهمتش كيفاش جاني هذا المـرض فـي هـذا العمر." بمعنى: لا افهم كيف أصبت المرض في هذا السن.

وهناك حتى من أخفت أمر إصابتها بالمرض النسائية خاصة على الأب و الأخـوة أي الذكور فقط، بنسبة 8.3 % فالمرأة الصغيرة في السن و غير المتزوجة تكون مسؤولية عن الأب و الأخوة في العائلة و كل ما يصيبها من خير أو شر يصيب العائلة و خاصـة الأب و الإخوة مباشرة، عندما تمرض البنت أو الأخت بالأمراض النسائية التي تعتبـر وصمة عار بنات العائلة تصاب مباشرة في شرفها و كرامتها، هذه الصفات التي لها وزن كبير في العائلة و المحيط الأسري وفي المجتمع.

وهناك من وصل بها الحد إلى الشتم والسب في كل مرة بنسبة 5.9 %، و إلـى الطرد في الأول من المنزل كما حدث مع أحد المبحوثات، و لهذا هناك من أخفت أمـر إصابتها بهذه الأمراض في الأول و لم تصرح به للعائلة حتـى يـوم وصـول العمليـة الجراحية وذلك بنسبة 13.1 % ، و هذا تخوفا مما ذكرنا سابقا، حيث صرحت الـبعض بمايلي:

" مع الأول نروح وحدي لطبيب، نشرب الدوا في السر، لازم نقولهم، مانقدرش نخبي هذه، لوكان كاش Alors,l'opération بصاح ذرك فالولي تديري ما يصرالي ."

تعني في الأول كنت أذهب إلى الطبيب لوحدي و أتناول الدواء في السر، ولكـن عنـدما أخبروني بضرورة إجراء العملية الجراحية، أخبريهم بذلك، لأننـي أخشـى أن أصـاب بمكروه.

تغير مجرى الحياة للمصابة بالأمراض النسائية لم ينتج عن المرض في حد ذاته، فهو مرض يصيب عضو من الأعضاء كباقي الأمراض ، و لكن نتج عن التفسير الخاطئ للمرض و لتأثير المحيط الأسري من العائلة الزوج، الجيران و المجتمـع ككـل علـى المريضة.

جـدول رقـم (25): علاقة السن بالمرافقة إلى الطبيب.

المرافقة إلى الطبيب / السن	لا أحد	الأم	الأخت	البنت	الخالة	الزوج	العائلة	أم الزوج	الصديقات	
19 -15	- -	1 %25	1 %25	- -	1 %25	- -	- -	- -	1 %25	4 %100
24 – 20	- -	5 %55،6	1 %11،1	- -	1 %11،1	- -	1 %11،1	- -	1 %11،1	9 %100
29 – 25	1 %5،6	10 %55،5	2 %11،1	- -	3 %16،6	1 %5،6	1 %5،6	- -	- -	18 %100
34 – 30	1 %5،9	4 %23،5	4 %23،5	1 %5،9	3 %17،6	2 %11،8	- -	2 %11،8	- -	17 %100
39 – 35	5 %31،3	2 %12،5	3 %18،8	- -	2 %12،5	2 %12،5	1 %6،2	1 %6،2	- -	16 %100
44 – 40	10 %40	1 %4	1 %4	4 %16	2 %8	2 %8	2 %8	2 %8	1 %4	25 %100
49 – 45	9 %47،4	- -	1 %5،3	4 %21	1 %5،3	2 %10،5	2 %10،5	- -	- -	19 %100
50 سنة فما فوق	12 54،5%	- -	1 %4،5	5 22،7 %	- -	2 %9،1	2 %2،1	- -	- -	22 %100
المجموع	38 %29،2	23 %17،7	14 %17،7	14 %10،8	13 %10	11 %8،5	9 %6،9	5 %3،8	3 %2،3	130 %100

الجدول رقم (25) يبن لنا من الذي يرافق المريضة إلى الطبيب في أغلب الأحيان، و لهذا أخذنا شخص واحد في كل عمود، و استنادا إلى هذا الجدول نلاحظ أن الإتجاه العام يتجه نحو اللواتي يذهبن إلى الطبيب بمفردهن بنسبة 29.2%، حيث أعلى النسب عند الفئات العمرية الأخيرة حيث وصلت إلى 54.5%، عند الفئة 50 سنة فما فوق وإلى 47.4%، عند الفئة 45 – 49 سنة، أما أخفض النسب فقد سجلت عند الفئات العمرية الأولى حيث وصلت إلى 5.6% عند الفئة 25 – 29 سنة و انعدمت عند الفئتين العمريتين الأوليتين.

إذا انتقلنا إلى العمود الثاني فنجد أن نسبة اللواتي يذهبن إلى الطبيب برفقة الأم 17.7%، أين نجد أعلى النسب عند الفئات العمرية الصغرى حيث سجلت 55.6% و 55.5%، عند الفئتين 20 – 29 سنة و انخفضت عند الفئات العمرية الكبرى لتصل إلى 4% عند 40 – 44 سنة و انعدمت من 45 سنة فما فوق. و نفس الشيء لاحظناه عند المرافقة مع الأخت حيث انخفضت عند النساء من 40 سنة فما فوق حيث سجلت 4.5% عند الفئة 50سنة فغما فوق، حيث جاءت النسب مرتفعة و متذبذبة عند الفئات الأولى حيث بلغت أعلى نسبة 25%عند الفئة 15 – 19 سنة.

مع العلم أن نسبة المرافقة معه الأخت 10.8%، نفس النسبة سجلت عند المرافقة مع البنت و لكن سجلنا أعلى نسبة عند الفئة 50 سنة فما فوق بـ 22.7%،و انعدمت النسب عند الفئات الأولى من 15 سنة إلى 29 سنة، المرافقة إلى الطبيب مع الخالة كانت بنسبة 10%، حيث سجلت 25%عند الفئة 45 – 49 سنة بـ 5.3%و انعدمت عند 50 سنة فما فوق، أما مرفقة الزوج بين كل فئات الأعمار و قد بلغت أعلى نسبة عند الفئة 35– 39 سنة.

أما اللواتي حضين بمرافقة من العائلة إلى الطبيب فبلغت 6.9%، و كانت النسب متفاوتة بين كل الأعمار، و قد بلغت أعلى النسب 11.1%، عند الفئة 20 – 24 سنة.

أما مرافقة أم الزوج للطبيب فقد كانت منخفضة بحيث مثلت بـ 3.8%، و كانت النسب عند معظم الفئات منعدمة و لام نسجل نسب إلا عند العمود الذي فيه مرفقة من الصديقات بـ 2.3%، حيث لم نسجل نسبا إلا عند الفئتين 15 – 19 سنة، و عند 20 – 24 سنة بـ 11.1%، و عند الفئة 40 سنة 4 بـ %.

من خلال هذه النتائج نستنتج ما يلي :

السن له علاقة بالمرفقة إلى الطبيب، فكلما ارتفع سن المبحوثات توجهن إلى الطبيب بمفردهن أكثر و بنسب أقل برفقة البنت، العائلة، الزوج، الأخت.

توجه الكبيرات في السن إلى الطبيب بمفردهن راجع إلى خبرتهن في الحياة و تعودهن على الاعتماد على النفس، فكم من مرة أنجبت أو أجهضت، و كلما كبر الإنسان في العمر ازدادت ألامه و أمراضه، وهذه تعتبر كسائر الأمراض و وقع الأمراض النسائية عليهن ليس كوقعه على الصغيرات في السن، رغم أنهن يصبن أيضا بالحشمة و الحياء من الأبناء من جراء هذه الأمراض لكن لا يتلقين عقابا و شتما أو من غيرهم. أضف إلى ذلك أننا لا نملك ثقافة صحية في المجتمع الجزائري، فالمرافقة إلى الطبيب لها تأثير على نفسية المريضة و يساعدها كثيرا على العلاج.

أما بالنسبة للصغيرات في السن فإنهن يذهبن إلى العلاج برفقة الأم، الأخت، الخالة، الصديقات خصوصية الأمراض النسائية أدت إلى خصوصية المرافقة إلى الطبيب، فلا تطلع الصغيرات في السن بحقيقة مرضهن إلا على من تثق بهم كثيرا و يستطيعون مد يد العون لهن، و يكتمن أمر إصابتهن، فهذه الأمراض كما قلنا سابقا تعتبر عار على العائلة ككل خاصة إن كانت المرأة عازبة أرملة، مطلقة أو أرملة، حيث يخفى هذا الأمر حتى على أهل البيت من الذكور، كالأب و الأخوة نظرا لمواقفهم السلبية إزاء هذه الأمراض.

إذن الصغيرات في السن لا يتوجهن كثيرا بمفردهن للعلاج حما تفعل الكبيرات في السن، و هذا لنقص خبرتهن في الحياة، و ضعف تحمل المصاعب، و تخوفهن الكبير من هذه الأمراض.

جدول رقم (26): علاقة سن المبحوثات بوجود مساعدة لمواجهة المرض.

وجود مساعدة / فئات السن	نعم		لا		المجموع	
19 – 15	1	%25	8	%75	4	%100
24 – 20	3	%33.3	6	%66.7	9	%100
29 – 25	8	%44.4	10	%55.6	18	%100
34 – 30	8	%47.1	9	%52.9	17	%100
39 – 35	8	%50	8	%50	16	%100
44 – 40	19	%76	6	%24	25	%100
49 – 45	12	%63.2	7	%36.8	19	%100
50 فما فوق	16	%72		%27.3	22	%100
المجموع	75	%57.7	55	%42.3	130	%100

الاتجاه العام لهذا الجدول يتجه نحو اللواتي اجبن بـ "نعم" لوجود مساعدة لمواجهة المرض بنسبة 57.7%، أين نجد الفئات العمرية الكبرى أكثر حظا فيها حيث سجلت أعلى نسبة عند الفئة 40 – 44 سنة بـ 76% عند الفئة 50 سنة فما فوق، لكن تنخفض هذه النسب عند الفئات العمرية الأولى حيث بلغت 25% عند الفئة 15 – 19 سنة و 33.3% عند الفئة 20 – 24 سنة، و تزداد هذه النسب مع تزايد العمر.

من خلال هذه النتائج نستنتج أن الكبيرات في السن أكثر حظا من الصغيرات في السن من حيث وجود مساعدة و مساندة لمواجهة المرض، سواء بالدعم المادي أو الدعم المعنوي كما قالت بعض المبحوثات، وذلك من طرف الأبناء خاصة الإناث و من الزوج، الأقارب و الجيران.

أما الصغيرات في السن فإنهن لا تحضين بالعناية الكافية فهن لا يقدرن على فضح مرضهن على حد قولهن و كذا اقتصار العارفين به على عدد قليل من الأقارب كالأم و الأخوات و الخالة التي تعتبر كالأم، هؤلاء هن السند الوحيد لهن فهن مصدر ثقة للمريضات، عدم علم الأقارب و حتى بعض أفراد العائلة بمرضهن يؤدي إلى ضعف المساندة.

إذن هناك علاقة بين السن و وجود مساعدة لمواجهة المرض.

النتائج العامة للدراسة.

جدول رقم (27): علاقة السن بالتخوف من الأمراض النسائية.

السن التخوف من المرض	19 – 15	24 – 20	29 – 25	34 – 30	39 - 35	44 - 40	49 - 45	50 فما فوق	المجموع
التخوف من تعقد المرض	- -	1 % 11،1	3 %16،6	4 %23،5	5 %31،2	10 %40	10 %40	16 %72،7	53 %40،8
التخوف من الموت	- -	- -	- -	3 %17،6	3 %18،8	8 %32	8 %32	- %22،7	21 %16،1
التخوف من عدم القدرة على الزواج	3 %75	5 %55،6	6 %33،3	1 %5،9	- -	- -	- -	- -	15 %11،5
لا أتخوف من شيء	- -	- -	1 %5،6	3 %17،6	2 %12،5	3 %12	3 %12	1 %4،6	12 %9،2
التخوف من الطلاق (تخلي الزوج)	- -	- -	2 %11،1	5 %29،5	3 %18،8	1 %4	1 %4	- -	11 %8،5
التخوف من عدم الإنجاب	- -	1 %11،1	5 %27،8	- -	1 %6،2	- -	- -	- -	7 %5،4
التخوف من نزع الرحم و لواحقه	- -	- -	- -	1 %5،9	2 %12،5	3 %12	3 %12	- -	7 %5،4
التخوف من انتشار الخبر	1 %25	2 %22،2	1 %5،6	- -	- -	- -	- -	- -	4 %3،1
المجموع	4 %100	9 %100	18 %100	18 %100	16 %100	25 %100	25 %100	22 %00	130 %100

من خلال الجدول رقم (27) يتبين لنا أن أكبر نسبة سجلت عند المبحوثات اللواتي يتخوفن من تعقد المرض بـ 40.8%، بحيث سجلنا أعلى النسب عند الفئات العمرية الكبرى حيث وصلت إلى 73.7% عند الفئة 45 – 49 سنة، و 72.7% عند الفئة 50 سنة فأكثر، و تنخفض هذه النسبة عند الفئات العمرية الأخرى إلى أن تصل إلى 11.1% عند الفئة العمرية 20 – 24 سنة و تنعدم عند الفئة 15 – 19 سنة.

بعد ذلك لدينا الإجابة بالتخوف من الموت بنسبة 16.1%، وكانت أعلى النسب عند الفئات العمرية الكبرى حيث سجلنا 32% عند الفئة 40 – 44 سنة ثم سجلنا 11.5% من المتخوفات من عدم القدرة على الزواج، و كانت معظمهن من الفئات العمرية الصغرى حيث و صلت أعلى نسبة إلى 75% عند الفئة 15 – 19 سنة، و 55.6% عند 20 – 24 سنة و تنخفض هذه النسب حتى تنعدم عند الفئات العمرية الكبرى. ثم لدينا 9.2% من المبحوثات لا يتخوفن من شيء بعدم إصابتهن بالمرض، و جاءت النسب متفاوتة بين فئات الأعمار تارة نرتفع كما عند الفئة 30 – 34 سنة بنسبة 17.6%، و 12% عند الفئة 40 – 44 سنة، و تارة تنخفض كما عند الفئة 25 – 29 سنة 50 سنة فما فوق على التوالي 5.6%، حتى تنعدم عند الفئات العمرية الأولى.

أما الاستجابة بالتخوف من الطلاق فقد كانت نسبتها 8.5% و حصرت النسب ما بين 25 – 44 سنة، حيث كانت أعلى نسبة عند الفئة 30 – 34 سنة بـ 29.5%، و هناك استجابة بالتخوف من عدم القدرة على الإنجاب بنسبة 5.4%، و ميزت أكثر المبحوثات في سن 25 – 29 سنة بنسبة 27.8%، نفس الاتجاه للتخوف من نزع الرحم و لواحقه أي بنسبة 5.4%، و كانت النسب منحصرة من 30 – 49 سنة حيث سجلنا أعلى النسب عند الفئتين 35 – 39 سنة و 40 – 44 سنة بـ 12.5% و 12% على التوالي آخر هذه الاستجابة كانت بالتخوف من انتشار الخبر بنسبة 3.1%، وميزت فقط الفئات العمرية الصغرى حيث بلغت أعلى نسبة عند 15 – 19 سنة بـ 25% تليها نسبة 22.2% عند الفئة 20 – 24 سنة.

استنادا إلى كل هذه النتائج نستنتج أن التخوف بعد الإصابة بالأمراض النسائية يختلف باختلاف السن، الصغيرات في السن يتخوفن أكثر من عدم القدرة على الزواج و عدم القدرة على الإنجاب فهذه المتغيرات لها وزن كبير في المجتمع الجزائري و كذا عند الفتيات غير المتزوجات، فهو مشروع منتظر منذ الصغر خاصة أن هناك عادات و تقاليد راسخة في المجتمع تقوم على تجهيز الفتاة منذ صغرها من حيث الأفرشة و الألبسة و المجوهرات تهيئ لها للزواج، هذا الشيء يحفز أكثر الفتاة على أن تكون دائما في انتظاره، و لما تصاب بمرض في جهازها التناسلي فإنها تصاب بالإحباط و بخيبة الأمل، ظنا منها أنها لن تقدر على الحياة الزوجية، و لهذا نجد هذه الأمراض غير مرغوب فيها في الأوساط النسائية، وحتى إن كانت في المراحل الأولى من زواجها فإنها تخشى عدم قدرتها على الإنجاب، هذا الأخير له مكانة عالية في المجتمع، فإن لم تكن منجبة اضطر زوجها في أغلب الأحيان إلى طلاقها أو الزواج عليها و هذان أمران ترفضهما المرأة، ولهذا نجدها تقلق كثيرا بمجرد إصابتها بالأمراض النسائية.

وجدنا أن نسبة معتبرة من النساء في سن مبكرة يتخوفن من انتشار خبر إصابتهن بالمرض نظرا لما له من تأثير سلبي على حياة المرأة و على عائلته، فهو كما قلنا سابقا يعيق زواجها و مسار حياتها الطبيعية، فالتحدث عن هذه الفتاة الصغيرة المصابة بالمرض النسائي خاصة مع انتشار مفاهيم و تفسيرات خاطئة حول الأمراض النسائية يؤدي إلى تلويث سمعة الفتاة و بالتالي عزوف العائلات و الشباب لتقدم لخطبتها إن لم يكن الأمر مفسرا بالشرف فإنه يخشى منها عدم الإنجاب أو مشاكل صحية أخطر في المستقبل.

أما الكبيرات في السن فقد كانت استجابتهن من المرض يختلف عما هو عند الصغيرات في السن، فهن يتخوفن أكثر من المرض و كذا من الطلاق و نزع الرحم و لواحقه، فهذا المرض إذا تعقد فإنه يؤثر سلبا على الحياة الزوجية للمرأة مع زوجها فهي تكون غير قادرة على الحياة الجنسية العادية هذا الذي يسبب نفور الزوج و هو أمر لا تتحمله أية امرأة، و لهذا نجد من ضمن أجوبة المبحوثات أنهن يتخوفن من الطلاق أي من تخلي الزوج أو أي من نزع الرحم و لواحقه فعندما يصل المرض إلى درجة لا يتحمل

الدواء فإنه ينزع الرحم و حتى لواحقه حتى يضمن للمرأة حياتها، و لكن ذلك يسبب إزعاجا و تغيرا في مجرى حياتها الزوجية. هناك حالات أخرى من الاستجابة و هي التخوف من الموت، فبمجرد أن يقال للمرأة أنها ستجري عملية جراحية أو تعيدها مرة أخرى إن كانت كبيرة في السن فإنها تخشى أن تموت.

هناك استجابة تخالف كل الاستجابات السابقة لهذه الأمراض و هي أن هناك من النساء من لا يتخوفن من شيء و أغلبهن متوسطات العمر، و هذا يمكن إرجاعه إلى شخصية المرأة المصابة وإلى طبيعة المرض، فإن كان المرض بسيط و علاجه سهل لا يستلزم وقتا و لا مالا كبيرا فإنه لا يؤثر كثيرا على المرأة.

عن هذه الاستجابات تؤكد لنا أن هذه الأمراض لها وقع خاص المرأة و محيطها الأسري، ولهذا نجد تفسيرات خاطئة غير عملية و هذا لعدم وجود توعية و حتى إن وجدت فمن الصعب إقناع الذهنيات و العادات و التقاليد الراسخة فغي المجتمع و تغيير نظرتهم لهذه الأمراض.

خلاصـــة الفصـــل:

بعد استعراضنا لجملة من الجداول التي تبرز لنا أهم خصائص عينة بحثنا، و يمكننا أن نستدرجها فيما يلي:

- أغلب أفراد عينتنا يتراوح أعمارهن من 25 سنة فما فوق.
- معظم المبحوثات متزوجات.
- أكبر نسبة من المصابات بالأمراض النسائية، يقمن في بيوت تقليدية، إلى جانب الشقق ثم الفيلات.
- معظم عائلات المبحوثات تتميز بنمط الأسرة النووية، يقمن في (3 – 4) غرف، و يتكون عدد أفرادها من (5 – 9) أشخاص.
- الأمراض الأكثر انتشارا هي الأورام الليفية – العضلية – و الأورام الكيسية و الالتهابات.

أما فيما يخص نتائج الفرضية الأولى المتمثلة في :" كلما إنخفض سن المرأة المصابة بالأمراض النسائية كلما كانت الاستجابة للمرض سلبية أكثر"، فإنه من خلال الجداول التي رأيناها وأهم التعليلات التي قدمناها قصد الاجابة على هذه الفرضية، قد ثبت لنا أنه فعلا هناك علاقة بين هذين المتغيرين" فالاستجابة للأمراض النسائية متباينة بين الكبيرات و الصغيرات في السن، فوقعها أكثر قسوة على الصغيرات سنا، سواء من عليهن أو على محيطهن الاسري والاجتماعي ككل، بالتالي التأثير مباشرة عليهن بسلوكات سلبية، فهي تعتبر أمراض المسنات اللواتي تزوجن و أجهضن العديد من المرات أو أنها أمراض الفتيات اللواتي لا يحافظن على شرفهن وعلى شرف العائلة، حتى وإن تم تقبلها من العائلة و المحيط الأسري على أنها أمراض عادية فإن المحيط الاجتماعي لا يرحم هذه الفتاة الصغيرة المصابة و بالتالي تقل حظوظها من الزواج والإنجاب و الحياة العادية و هذا يؤثر على العائلة كثيرا مما يترجم إلى سلوكات سلبية و أحيانا خطيرة جدا على هذه المريضة.

علاقة متغيرات اجتماعية بالاستجابة للأمراض النسائية

- **تحليل الفرضية الثانية**

خلاصة الفرضية الثانية

- **تحليل الفرضية الثالثة**

خلاصة الفرضية الثالثة

- **تحليل الفرضية الرابعة**

خلاصة الفرضية الرابعة

- **النتائج العامة للدراسة**

تمهيـــد :

تحليل و تفسير الاستجابات للأمراض النسائية يتطلب منا التوقف لوقت طويل أما ماهيتهما، في ظل المتباينات المجتمعية، خاصة في المجتمع الجزائري، أين نجد مختلـف التفسيرات و التحليلات للمرض.

وفي هذا السياق، سنحاول في هذا الفصل، تناول المتغيرات الاجتماعية المهمة و علاقتها بالاستجابة للمرض، و هذا من خلال تحليل الفرضيات التي قمنا بوضعها في هذا الصدد، و التوصل إلى نتائج تبين لنا حقيقة الموضوع.

الفرضيـة الثانيـة : كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة المصابة بالأمراض النسائية كلما كانت الاستجابة للمرض إيجابية.

الجـدول رقـم (28) : علاقة المستوى التعليمي للمصابات بالأمراض النسائية بكيفية تلقي المرض.

كيفية تلقي المرض المستوى التعليمي	الخوف	إنهيارعصبي + إحباط	قلق و توتر	بشكل عادي	الإيمان بالقضاء و القدر	المجموع
أمي	15 %39.5	7 %18.4	6 %15.8	4 %10.5	6 %15.8	38 %100
ابتدائي	11 %37.9	10 %18،4	5 %17.8	2 %6.9	1 3.5 %	29 %100
متوسط	9 %39.1	10 %34.5	2 %8.7	1 %4.4	2 %8.7	23 %100
ثانوي	14 %45.1	9 %39.1	2 %6.5	3 %9.7	1 %3.2	31 100%
جامعي	4 %44.5	11 %35.5	2 %22.2	1 %11.1	- -	9 %100
المجموع	53 %40.8	2 %22.2	17 %13.1	11 %8.4	10 %7.7	130 %100

من خلال الجدول رقم (28) نستنتج أنه، لا يوجد علاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات و كيفية تلقيهن للمرض، فقد كانت أعلى نسبة في الجدول و هي بـ 8.40%، بالاستجابة بالخوف من جراء المرض، و كانت النسب متقاربة بين كل مستويات التعليم، حيث نجد 39.5% عند الأميات و 44.5% عند الجامعيات.

نفس الشيء لاحظناه عند اللواتي كانت استجابتهن بالانهيار العصبي و الإحباط، حيث كان الاتجاه العام بـ 30% أما النسب بين مستويات التعليم متفاوتة، حيث جاءت

النسب المنخفضة في مستوى الأمي و الجامعي، حيث نجد النسب على التوالي 18.4% و 22.2%.

أما الاستجابة بالقلق و التوتر فقد كانت نسبتها 13.1%، فقد كانت أخفض النسب عند مستويات التعليم المتوسط و الثانوي على التوالي : 8.7% و 6.5% ، أما أعلى نسبة كانت عند المستوى الجامعي 22.2%.

الاستجابة بالشكل العادي اتجاهها العادي يمثل 8.4% و نجد النسب عند جميع المستويات تعليم متفاوتة فيما بينها، أخفض نسبة الاستجابات نجدها في الإيمان بالقضاء و القدر بـ 7.7%، حيث سجلنا أعلى نسبة عند الأميات بـ 15.8%، انخفضت كثيرا عند المستويات الأخرى حتى تنعدم عند المستوى الجامعي.

إذن من خلال هذه النتائج نستنتج، أنه ليس هناك تأثير المستوى التعليمي على كيفية تلقي المرض، فقد كنا تنتظران تكون النساء ذات المستوى المرتفع استجابتها للمرض تختلف عن استجابة ذات المستوى التعليمي المنخفض، و لكن تقاربت النسب بين كل مستويات التعليم, و قد يعود هذا لخصوصية هذه الأمراض بالذات و تأثير المتغيرات الأخرى على استجابة المرأة, و إلى ظروف متعددة و إلى شخصية المرأة نفسها, فالشخصية القرية و المؤثرة في غيرها لا ترتبط دائما بالمستوى التعليمي، فقد نجد أمية و لكن ذات شخصية و أراء سديدة تحظى في وسط أسرتها بالاحترام و التقدير و تستطيع أن تؤثر على عائلتها و بالتالي تكون ثقتها بنفسها كبيرة، فالظواهر الاجتماعية معقدة و متشابكة فيما بينها.

الجدول رقم (29): علاقة المستوى التعليمي بالتوجه للعلاج في الفترة الأولى من المرض.

العلاج لأول مرة / المستوى التعليمي	طبيب النساء الخاص	مستشفى بني مسوس	طبيب نساء في مستشفى أخر	الخلط بين طبيب النساء الخاص و العام	طبيب عام	المجموع
أمي	15 %39.5	9 %23.7	8 %21	4 %10.5	2 %5.3	38 %100
ابتدائي	8 27.6%	11 %37.9	4 %13.8	4 %13.8	2 %6.9	29 %100
متوسط	9 %39.1	4 %17.4	5 %21.7	3 %13.1	2 %8.7	23 %100
ثانوي	11 %35.5	9 %29	4 %12.9	3 %9.7	4 %12.7	31 %100
جامعي	3 %33.3	3 %33.3	2 %22.3	1 %11.1	- -	9 %100
المجموع	46 %35.4	36 %27.7	23 %17.7	15 %11.5	10 %7.7	130 %100

استنادا إلى الجدول رقم (29)، نجد انسب المتقاربة عند المتوجهات للعلاج عند الطبيب النساء الخاص مهما اختلف مستوى التعليم المرأة، حيث جاءت النسب متقاربة مع النسب الاتجاه العام لهذا العمود و هي 35.4%.

أما بالنسبة للمتوجهات إلى مستشفى بنى مسوس بلغت نسبتهن 27.7%، و هناك تفاوت بسيط بين كل المستويات التعليم، حيث سجلنا أقل نسبة عند ذوات المستوى المتوسط بـ 17.4% و أعلى نسبة عند المستوى الابتدائي بـ 37.9%، تنتقل إلى اللواتي يتوجهن للمرة الأولى إلى طبيب النساء في مستشفى أخر نسبة 17.7 %، حيث جاءت النسب متذبذبة فتارة تنخفض إلى 12.9% عند المستوى الثانوي و ترتفع إلى 22.3%، عند المستوى الجامعي.

أما عند اللواتي يتوجهن إلى طبيبي النساء الخاص و العام فقد مثلن نسبة 11.5%، و جاءت كل النسب من المستويات التعليم متقاربة فيما بينها أخفض نسب هذا الجدول نجدها عند المتوجهات عند طبيب عام الأول مرة نسبة 7.7%، تراوحت النسب بين 5.3%، عند الأميات و 12.7%، عند المستوى الثانوي، و تنعدم عند المستوى الجامعي.

من خلال قراءة هذا الجدول، لم نجد تأثير واضح للمستوى التعليمي للمريضات على توجههن للعلاج لأول مرة، فتارة تأتي النسب متقاربة بين كل مستويات التعليم، و تارة أخرى تأتي النسب متذبذبة فيما بينها فلم يكن لها اتجاه واضح و واحد. فالتوجه للعلاج في الفترة الأولى للمرض قد يتعلق بعوامل أخرى كعامل المادي الذي يتحكم كثيرا في نوع التوجه، فمع التزام أموال كثيرة للفحص و الأدوية للقيام بتحاليل متعددة، و مع انخفاض مستوى الدخل للكثير من الأسر و المبحوثات فإن المرأة تتوجه أكثر إلى المستشفيات أو إلى الطبيب العام.

نظرا لخصوصية هذه الأمراض فإن العديد من المبحوثات يتوجهن إلى طبيب النساء المختص سواء عند الخاص أو العام و ذلك لتخوفهن من هذه الأمراض فلا فرق بين المتعلمات و غير المتعلمات فهن يبحثن عن العلاج الناجع الذي لا يتسنى إلا عند المختصين فهن لا يتحملن التهاون بعد اكتشافها.

إذن ليس هناك علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة و التوجه للعلاج في الفترة الأولى من المرض.

الجـدول رقـم (30): علاقة المستوى التعليمي باستخدام الطب التقليدي.

استخدام الطب التقليدي / المستوى التعليمي	نعم	لا	المجموع
أمي	20 %52.6	18 %47.4	38 %100
ابتدائي	10 %34.5	19 %65.5	29 %100
متوسط	8 %34.8	15 %65.2	23 %100
ثانوي	7 %22.6	24 %77.4	31 %100
جامعي	3 %33.3	6 %66.7	9 %100
المجموع	48 %36.9	82 %63.1	130 %100

يبين لنا الجدول رقم (30) نلاحظ أن نسبة النساء اللواتي يستخدمن الطب التقليدي 36.9% مقابل 63.1% لا يستخدمنه، و بتدخل المتغير المنتقل "المستوى التعليمي" في نسبة معتبرة من الأميات 52.6% يستخدمن الطب التقليدي، في حيث جاءت النسب في مستويات التعليم الأخرى منخفضة عنها، حث سجلنا 22.6% عند المستوى الثانوي و 33.3% عند المستوى الجامعي.

لم نلاحظ تأثير للمستوى التعليمي على استخدام الطب التقليدي بحيث جاءت النسب متقاربة بين كل مستويات التعليم، حيث لوحظ عدم اللجوء إلى استعمال هذا النوع من الطب، ماعدا الأميات التي نجد نصفهن يستخدمن هذا الطب التقليدي، ذلك راجع إلى تأثير الثقافة التقليدية عليهن، و نظرا لكونهن كبيرات في السن كما رأينا ذلك من قبل، و من ثم فإنه اعتدنا على استعماله منذ زمن بعيد، كذا إيمانهن بنجاعته و لا يكلف أثمان باهظة كما في الطب الحديث، خاصة مع غلاء مستوى المعيشة و انخفاض الدخل.

لم نجد فرق في استعمال الطب الشعبي بين مستويات التعليم الأخرى، فمثلا من المفروض أن نجد الجامعيات أكثر عزوفا عن استخدامه، لكن وجدنا يوجد تقارب كبير بين نسب كل مستويات التعليم، هذا يدل على أن المستوى التعليمي لم يكن له تأثير كبير على استخدام الطب الشعبي، فالتخوف من نتائجه السلبية و التي لا تحتمل أدى إلى نفس السلوك مهما اختلفت في مستوى التعليم، و كما رأينا في الجدول رقم (20) عن عدم اللجوء إلى الطب التقليدي، راجع إلى الخوف خاصة أن الإصابة في الجهاز التناسلي، و هن يعتبرنه غير مفيد و عدم الرغبة في الخلط بين الطب الحديث و التقليدي.

الجـدول رقـم (31): علاقة المستوى التعليمي بتفضيل العلاج:

تفضيل العلاج / المستوى التعليمي	امرأة	كلاهما (لا فرق)	رجل	المجموع
أمي	19 %50	12 %31.6	7 %18.4	38 %100
ابتدائي	12 %41.4	11 %37.9	6 %20.7	29 %100
متوسط	09 % 39.1	10 %43.5	4 %17.4	23 %100
ثانوي	17 %54.9	9 %29	5 %16.1	31 %100
جامعي	04 %44.5	3 %33.3	2 %22.2	9 %100
المجموع	61 %46.9	45 %34.6	24 %18.5	130 %100

الاتجاه العام للجدول رقم (31)، هو تفضيل العلاج عند امرأة بنسبة46.9%، و بتدخل المتغير المستقل المستوي التعليمي فإنه لا يوجد فرق كبير بين نسب جميع المستويات، حيث سجلنا أعلى نسبة عند الثانويات بـ54.9%، و أقل نسبة ذوات المستوى المتوسط بـ 39.1 %. ننتقل إلى العمود الثاني، أين نجد لا فرق في تفضيل العلاج بنسبة 34.6%، و بالنظر إلى خانات التقاطع مع المستوى التعليمي، هناك تذبذب في النسب،

حيث تتراوح بين29% عند الثانويات و43.5% عند ذوات المستوى المتوسط، آخر اتجاهات الجدول تفضيل العلاج عند "الرجل" بـ18.4%، و كانت النسب بين مستويات التعليم كلها متقاربة.

من خلال هذه النتائج لم نلاحظ تأثير المستوى التعليمي على تفضيل العلاج عند "الرجل" أو "المرأة "، فالنساء ذوات التعليم المنخفض و المنعدم مثل نظيراتهن في مستويات التعليم المتوسط و العالي، حيث يفضلن العلاج عند "امرأة " بنسب متقاربة، و هذا راجع إلى عوامل ثقافية، اجتماعية و دينية، حيث رأينا في الجدول رقم (22) عن سبب تفضيل العلاج عند امرأة لخصوصية هذه الأمراض، حيث أنها أمراض الجهاز التناسلي للمرأة، حيث أجابت العديد من المبحوثات أنه حيث أجابت العديد من المبحوثات أنه غير عادي أن تعالج المرأة الأمراض عند الرجل، فالمرأة تعالجها المرأة، و كذلك من ترى أنه حرام و إلى الحياء، و هناك من ترفض عائلتها العلاج عند الرجل: كل هذه العوامل و ربما غيرها تحكمت أكثر في تفضيل العلاج، مهما اختلف المستوى التعليمي للمرأة فهي أقوى منه. أما اللواتي لا يجدن فرق في العلاج عند الرجل أو امرأة، فأنهن يركزن على العلاج نفسه، و ليس على جنس المعالج، و لكن لم نجد تأثير المستوى التعليمي على هذا الاختيار، فالمهم عندهن هو العلاج، فالمرض قد يكون خطيرا لا يتركها تفكر فيمن قد يعالجها، فمنهن من ترى أن "الرجل" أمهر من "المرأة "، و مرضها لا يتحمل التهاون، و بالتالي تتوجه للعلاج عند "الرجل"، خاصة إن كانت المرأة كبيرة في السن، فأنها لا تجد فرق في العلاج عند المرأة أو الرجل.

من هنا نستطيع أن نقول أن المستوى التعليمي لم يكن له تأثير مباشر وواضح على اختيار العلاج، بل تحكمت فيه عوامل أخرى.

الجـدول رقـم (32): علاقة المستوى التعليمي بتغيير مجرى الحياة:

تغيير مجرى الحياة / المستوى التعليمي	نعم	لا	نوعا ما	المجموع
أمي	19 %50	10 %26.3	9 %23.7	38 %100
ابتدائي	7 %24.1	14 %48.3	8 %27.6	29 %100
متوسط	8 %34.8	12 %52.2	3 %13	23 %100
ثانوي	15 %48.4	7 %22.6	9 %29	31 %100
جامعي	4 %44.5	3 %33.3	2 %22.2	9 %100
المجموع	53 %40.8	46 %35.4	31 %23.8	130 %100

أكبر نسبة في الجدول قم (32) هي 40.8%، عند العمود فيه الإجابة بـ "نعم" لتغيير مجرى الحياة بسبب المرض، و جاءت النسب متذبذبة بين جميع مستويات التعليم، فقد سجلنا أقل نسبة عند المستويات الابتدائية بنسبة24.1%، و أعلى نسبة50% عند الأميات، و عند الانتقال إلى العمد الثاني الذي يمثل نسبة 35.4% للواتي لم يسبب لهن المرض تغيير مجرى الحياة، وهناك أيضا تذبذبا في النسب بين كل مستويات التعليم فتارة ترتفع كما عند ذوات المستوى المتوسط بـ52.2%، و تارة تنخفض حتى تصل الى22.6%، عند ذوات المستوى الثانوي، أما اللواتي أجبن بوجود نوعا ما تغيير مجرى الحياة فقد كانت نسبهن بـ23.8%، و كانت النسب بين كل مستويات التعليم متقاربة، حيث بلغت أعلى نسبة عند ذوات المستوى التعليم الثانوي بـ29%.

من خلال هذه النتائج لم نجد علاقة بين المستوى التعليمي و تغيير مجرى الحياة، فالنساء سواء من دون مستوى أو ذات مستوى تعليمي منخفض أو مرتفع، فإن الاستجابة للمرض بحدوث تغيير مجرى الحياة لم يكن مختلف بينهن، و هذا راجع إلى تدخل عوامل أخرى كالسن و الحالة العائلية و إلى تأثير المحيط الأسري و الاجتماعي على المرأة، فهذا الأخير يتدخل كثيرا في استجابة المرأة إلى المرض، فعدم تقبل هذه الأمراض من العائلة و الجيران و محيطها يجعلها تسلك سلوكات سلبية تجاه المرض، كالإحساس بالخجل و إخفاء الأمر بالإصابة بالمرض على العائلة و خصوصا الذكور منهم، أضف إلى ذلك نقص الوعي الثقافي و الاتصال في الأسرة، خاصة أن عدد معتبر من المبحوثات ماكثات في البيت، هذا ما يضعف الثقافة الصحية لديها و ضعف شخصيتها، أيضا نقص الاتصال في الأسرة يؤدي إلى تضاعف الازمة.

بالنسبة للواتي أثر المرض نوعا ما على مجرى حياتهن فإن هذا راجع إلى درجة خطورة المرض، فكلما كان المرض بسيطا كانت الاستجابة بسيطة، و كلما كان المرض خطيرا و معقدا كانت الاستجابة من طرف المريضة و عائلتها سلبية، و لكن نجدهن يصبن بالقلق الدائم و الخوف من المستقبل (أنظر إلى الجدول رقم (24)، و خاصة أن كنا عازفات و صغيرات في السن و حتى المتزوجات يسبب لهن حرج و إزعاج في الحياة الزوجية.

أما اللواتي لم يسبب لهن المرض تغيير في مجرى الحياة فإن هذا راجع إلى بساطة المرض كالالتهابات التي تصيب العديد من النساء و إن لم نقل الكل و لا يتطلب علاجها وقتا طويل و فحوصات متعددة و متكررة، و إلى شخصية المرأة، فكلما كانت شخصيتها قوية كانت قدرتها على تحمل المرض و اجتياز هذه الأزمة بسهولة.

على العموم ليس هناك تأثير كبير للمستوى التعليمي على تغيير مجرى حياة المريضة، فمهما اختلف مستواهن كان تأثير المرض على حياتهن بنفس الدرجة.

الجدول رقم(33): علاقة المستوى التعليمي بالمرافقة إلى الطبيب.

المرافقة إلى الطبيب / المستوى التعليمي	لا أحد	الأم	الأخت	البنت	الخالة	الزوج	العائلة	أم الزوج	الصديقات	المجموع
أمي	17 44.7	2 %5.3	3 %7.9	5 %13.1	2 %5.3	4 %10.5	3 %7.9	2 %5.3	- -	38 %100
إبتدائي	8 27.6	6 %20.7	2 %7.9	5 %17.2	3 %10.3	3 %10.3	1 %3.5	1 %3.5	- -	29 %100
متوسط	7 %30.4	5 %21.7	3 %13.1	3 %13.1	2 %8.7	1 %4.3	2 %8.7	- -	- -	23 %100
ثانوي	4 %12.9	9 %29	4 %12.9	1 %3.2	5 %16.1	3 %9.7	2 %6.5	2 %6.5	1 %3.2	31 %100
جامعي	2 %22.2	1 %11.1	2 %22.2	- -	1 %11.1	- -	1 %11.1	- -	2 %22.2	9 %100
المجموع	38 %29،2	23 %17،7	14 %17،7	14 %10،8	13 %10	11 %8،5	9 %6،9	5 %3،8	3 %2،3	130 %100

أكبر نسبة في الجدول رقم (33) جاءت في العمود الذي لا يرافق المريضة بنسبة 29.2% نجد أن أعلى نسبة نجدها عند الأميات بـ 44.7% ، وأخفض نسبة نجدها عند ذوات المستوى الثانوي بـ 12.9 %. ثم تليها مرافقة" الأم" إلى الطبيب بنسبة 17.7%،و جاءت النسب متقاربة بين كل مستويات التعليم و منخفضة جدا عند الأميات بنسبة 5.3%.

هناك أيضا المرافقة إلى الطبيب مع "الأخت" بنسبة 10.8% و كانت النتائج متذبذبة بين كل مستويات التعليم، نفس الشيء لوحظ عند مرافقة البنت للمريضة حيث سجلت نفس النسبة، أيضا المرافقة مع الخالة كانت النسب متذبذبة بين كل مستويات التعليم و قد مثلت 10% من مجموع العينة، أما المرافقة مع الزوج فنسبها 8.5% و سجلت أعلى نسبة عند الأميات بـ 10.5% و منعدمة عند المستوى الجامعي.

و بالنسبة للمرافقة مع العائلة لم يكن هناك اتجاه واحد واضح للنسب مهما اختلف مستوى تعليم المرأة، أما المرافقة مع " أم الزوج " و"الصديقات" فكانت النسب ضعيفة (على التوالي 3.8% ، 2.3%) ، حيث سجلنا في الأول بعض النسب عند مستويات التعليم الأولى، أما في الثانية فقد سجلنا في بعض النسب عند مستويات التعليم الأخيرة .

من خلال كل هذا، لم نجد اتجاه واحد لنسب المرافقة إلى الطبيب حسب المستوى التعليمي للمرأة، حيث أننا نجد أحيانا النسب متذبذبة بين مستويات التعليم، و أحيانا أخرى نجدها متقاربة فيما بينها بمعنى المستوى التعليمي للمريضة لم يؤثر على المرافقة إلى الطبيب، بل أثرت عوامل أخرى عليه كالخبرة في الحياة، فالصغيرة في السن مثلا لا تستطيع الذهاب للعلاج لوحدها بل الذهاب مع الأم أو الأخت أو الخالة، فهذه الأخيرة تعتبر كالأم، فهن مصدر ثقتها الوحيدة خاصة أن هذه الأمراض لا تتحمل نشر الخبر ومعرفة الآخرين، أضف إلى ذلك نوع الوسط الذي تعيش فيه المرأة، فالوسط الحضري أكثر تفتحا على الوسط الريفي المعروف بعدم السماح للمرأة بالخروج لوحدها، فلذا تضطر المرأة للخروج مع الزوج، العائلة، أم الزوج.

وهناك أيضا عامل ثقافي واجتماعي وهو اعتبار هذه الأمراض خاصـة بالنسـاء تجب أن تعالج عند النساء والذهاب أيضا برفقة النساء كما جاء في الجـدول أن أغلـب المرافقة كانت من جنس الأنثى بالإضافة إلى هذه العوامل نذكر أن هذه الأمراض تميزت بالإخفاء و التكتم عنها نظرا للسلوكات السلبية التي تصدر عن العائلة و المحيط الأسـري ككل، وهذا ما يجعل المرافقة إلى الطبيب تضعف أو تقتصر على الأم، الأخت، البنـت، الخالة....الخ، أي من جنس الأنثى.

لا ننسى أن هناك عدد من النساء ذوات المسـتوى المرتفـع قـد ذهـبن برفقـة صديقاتهن و هذا لثقتهن بهم وكذا يمكن إرجاع ذلك إلى انتقال المرأة خارج المنزل ممـا يجعلهن في تواصل مع غيرها.

مرة أخرى لم نلاحظ تأثير المستوى التعليمي للمرأة على المرافقة إلى الطبيب أي لا توجد هناك علاقة بين المستوى التعليمي و المرافقة إلى الطبيب.

الجـــدول رقم (34): علاقة المستوى التعليمي بوجود مساعدة لمواجهة المرض:

وجود مساعدة / المستوى التعليمي	نعـــم	لا	المجموع
أمي	25 %65.8	13 %34.2	38 % 100
ابتدائي	11 %38	18 %62	29 %100
متوسط	12 %52.2	11 %47.8	23 %100
ثانوي	24 %77.4	7 %22.6	31 %100
جامعي	3 %33.3	6 % 66.7	9 %100
المجموع	75 %57.7	55 %42.3	130 % 100

تحليل الجدول رقم (34)، يبين أن 57.7% من المبحوثات أقرون بوجود مساعدة لمواجهة المرض مقابل 42.3% لم يجدن مساعدة، و عندما يتدخل المستوى التعليمي نجد أن هناك تذبذب في النسب، حيث أننـا سـجلنا 33.3% و38% عنـد ذوات المسـتوى الجامعي و الابتدائي على التوالي 65.8%، 77.4% عند الأميـات و الثانويـات علـى التوالي، بالنظر إلى العمود الثاني من الجدول نجد نسبة معتبرة لم يجدن مساعدة لمواجهة المرض، بحيث سجلنا66.7 % عند الجامعيات أخفض نسبة بـ 22.6% عند الثانويات.

هنا يمكننا القول أن المستوى التعليمي للمرأة، لم يكن له تأثير على وجود مساعدة لمواجهة المرض فالنسب جاءت متذبذبة بين مستويات التعليم، فالتأثير على وجود مساعدة لمواجهة المرض له علاقة بعوامل أخرى، كالسن حيث أن المسنات يستطعن التحدث عن مرضهن مع أقاربهن وجيرانهن مما يجعلهن أكثر حظا في الحصول على مساعدة مـنهم، سواءا مادية أو معنوية، عكس الصغيرات في السن اللواتي يخفين مرضهن حتـى علـى عائلتهن، أضف إلى ذلك إن كانت المرأة عاملة فإنه يكون دخل خاص بها، وبالتالي تكون في غنى عن غيرها. بالإضافة إلى ذلك خصوصية هذا الأمراض فـلا تسـتطيع المـرأة التحدث عنها مع أي شخص و بالتالي تضعف المساعدة، و بخصوص اللواتي لا يجـدن مساعدة لمواجهة المرض فإن هذا يدل على تراجع التكفل الاجتماعي بـالمرض، وهـذا بدوره راجع إلى عوامل اقتصادية اجتماعية، فمع انخفاض الدخل و المسـتوى المعيشـي للأسر توترت العلاقات الأسرية وتباعدت.

الجدول رقم (35): علاقة المستوى التعليمي بالتخوف من الأمراض النسائية

المستوى التعليمي / نوع التخوف	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
التخوف من تعقد المرض	19 % 50	14 %48.3	7 %30.4	12 %38.7	1 %11.1	53 % 40.8
التخوف من الموت	7 %18.4	6 %20.7	4 %17.4	4 %12.9	- -	21 %16.1
التخوف من عدم القدرة على الزواج	2 %5.3	3 % 10.3	4 %17.4	6 %13.3	- -	15 %11.5
لا أتخوف من شيء	5 % 13.1	2 %6.5	3 % 13	2 %6.5	- -	12 %9.2
التخوف من الطلاق (تخلي الزوج عني)	3 %7.9	2 %6.9	1 % 4.3	4 %12.9	1 % 11.1	11 %8.5
التخوف من عدم القدرة على الإنجاب	- -	- -	2 %8.7	2 %6.5	3 %33.4	7 %5.4
التخوف من نزع الرحم ولواحقه	2 % 5.3	1 %3.4	1 %4.4	1 %3.2	2 %22.2	7 %5.4
التخوف من انتشار الخبر	- -	1 %3.5	1 %4.4	- -	2 %22.2	4 %3.1
المجموع	38 %100	29 %100	23 %100	31 %100	9 %100	130 %100

أعلى نسبة في الجدول كانت عند المتخوفات من تعقد المرض بـ 40.8 %، و كانت أعلى النسب عند المستويات التعليم الأولى، حيث سجلنا 50 % عند الأميات، 11.1% عند الجامعيات، أي ينخفض بارتفاع المستوى التعليمي للمرأة.

نجد نسبة التخوف من عدم القدرة على الزواج فإنها ترتفع بارتفاع مستوى التعليم، حتى تصل إلى 19.3% عند الثانويات، و تنعدم عند الجامعيات.

هناك من لا يتخوف من أي شيء بنسبة 9.2%، حيث نسجل من جراء المرض بنسبة 8.5 % و كانت النسب متقاربة بين النساء مهما اختلف مستوى التعليم، نفس النسبة سجلناها عندا المتخوفات من نزع الرحم و لواحقه و جاءت النسب متماثلة بين مستويات التعليم ماعدا عند الجامعيات أين وصلت إلى 22.2 %، أخيرا الاستجابة من المرض بالتخوف من انتشار الخبر بنسبة 3.1%، و جاءت النسب منخفضة عند المستويات الأولى و مرتفعة فقط عند الجامعيات بـ 22.2%.

من خلال كل هذه النتائج، نستنتج أن للمستوى التعليمي تأثير بسيط على نوع تخوف من الأمراض النسائية، فقد وجدنا أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة انخفض التخوف من تعقد المرض، و ارتفع التخوف من عدم القدرة على الزواج و يمكن تفسير ذلك بسن المبحوثات، فكلما كان سن المريضة كبيرا فإنها تكون أكثرا عرضة للأمراض و لتعقد المرض و الموت بالإضافة إلى كون هذا الشعور عادي يصاب به الشخص بمجرد مرضه، أما المتخوفات من عدم الزواج فإن ذوات المستوى التعليمي المنخفض و المنعدم في أغلب الأحيان قد تزوجنا، أما ذوات المستوى التعليمي المرتفع و مع تأخر سن الزواج في المجتمع فإنهن يفكرن بموعد زواجهن.

بالإضافة إلى علم الجامعيات بحقيقة هذه الأمراض، فهن يسألن عنها الأطباء و المختصين و بالتالي تكون لديهن فكرة واضحة عن المرض خاصة إن كان بسيطا و غير معقد و ليست أفكارا خاطئة مثل التي تنتشر في الأوساط النسائية و التي تفاقم الوضع، و بالتالي لا تقلق كثيرا على زواجها و على صحتها.

أما الاستجابة الأخرى فلم نجد اتجاه واحد للنسب يظهر تأثير المستوى التعليمي للمرأة لها، فأحيانا تأتي النسب متقاربة و أحيانا أخرى تأتي متذبذبة فيما بينها.

وبالتالي نستطيع القول أن هناك عوامل أخرى أكثر تأثيرا على الاستجابة للأمراض النسائية من خلال التخوف من المرض كالحالة العائلية المبحوثة، فكلما كانت

غير متزوجة فإنها تتخوف أكثر من عدم القدرة على الزواج و على الإنجاب و من انتشار الخبر، هذا ما يعيق طبعا زواجها، أما المتزوجات فيتخوفن من الطلاق و من نزع الرحم و لواحقه، إن عدم وجود وعي داخل الأسرة و المجتمع عن هذه الأمراض أدى إلى ازدياد التخوف منها و تكوين نظرة خاطئة و أحيانا خطيرة عنها، أيضا الدين الإسلامي له تأثير كبير على الذهنيات، حيث أنه يسمح للرجل بالزواج مرة أخرى حتى أربع مرات خاصة إن أصيبت زوجته بمرض يعيقها من أداء واجباتها الزوجية، هذا الشيء الذي يسبب للمرأة إحراج كبير و معانات حتى أنها في بعض الأحيان تفضل الطلاق على أن تأتي زوجة ثانية إلى بيتها.

كل هذا يدل أن العوامل الثقافية و الاجتماعية لها تأثير كبير على الحياة، رغم أننا كنا نعتقد أن المرأة المتعلمة تكون أحسن حالا و استجابة من المرأة الغير متعلمة.

خلاصة حول نتائج الفرضية الثانية:

من خلال كل ما سبق حول تحليل و تفسير النتائج التي جاءت في الجداول للتأكد منا إذا كان للمستوى التعليمي المرتفع للمريضة تأثير إيجابي على استجابتها من الأمراض النسائية، وجدنا أنه ليس هناك تأثير كبير عليها، حيث أننا لم نجد فرق في الاستجابة للمرض مهما اختلاف المستوى التعليمي للمبحوثات فكيفما تلقت ذوات المستوى التعليمي المرتفع إصابتهن بالمرض تلقته أيضا ذوات المستوى التعليمي المنخفض، كذا لمختلف الاستجابات الأخرى كالتوجه للعلاج في الفترة الأولى من المرض، تفضيل العلاج، تغيير مجرى الحياة، و المرافقة إلى الطبيب، وجود مساعدة لمواجهة المرض، التخوف من المرض، فالاستجابة للمرض أثرت فيه عوامل أخرى كالعوامل الاجتماعية، الثقافية، الدينية، البسيكولوجية، الاقتصادية.

وقد كنا ننتظر أن تختلف استجابة المرأة للمرض باختلاف مستواها التعليمي، و نعتقد أن ذات المستوى التعليمي المنخفض تكون استجاباتها سلبية و لا تكون لها القدرة العلمية على تفهم المرض و لا التوعية المناسبة لتصدي الأزمات، أما ذات المستوى التعليمي المرتفع تكون عكس ذلك و بالتالي تكون استجابتها للمرض أكثر إيجابية و عقلانية، لكن و جدنا غير ذلك، بحيث تشابهت استجابتها مع استجابة المرأة ذات المستوى التعليمي المنخفض، فتأثير المرض كان أقوى من مستواها التعليمي، فخصوصية هذه الأمراض كان لها وقع كبير على المريضة و عائلتها ووسطها أفقدها هي و عائلتها التوازن و التحكم في الأمر.

الفرضيـة الثالثـة:

العازبات أكثر عرضة للاستجابة السلبية من الأمراض النسائية.

الجـدول رقـم (36): علاقة الحالة العائلية للمصابات بالأمراض النسائية بكيفية تلقيها للمرض.

كيفية تلقي المرض / الحالة العائلية	الخوف	انهيار عصبي + إحباط	القلق و التوتر	شكل عادي	الإيمان بالقضاء والقدر	المجموع
المتزوجة	42 %47.2	21 %23.6	14 %15	7 %7.9	5 %5.6	89 %100
العازبة	5 %18.5	17 %63	3 % 11.1	2 %7.4	- -	27 %100
أرملة	4 %40	1 %10	- -	1 %10	4 %40	10 %100
المطلقة	2 %50	- -	- -	1 %25	1 %25	4 %100
المجموع	5 %40.8	39 % 30	1 %13.1	11 %8.5	10 %7.7	130 %100

يبين لنا الجدول أعلاه أن أعلى نسبة تلقت المرض بالخوف بـ40.8%، و بتدخل الحالة العائلية نجد أعلى النسب سجلت عند المتزوجات بـ47.2% و الأرامل بـ40 % و المطلقات بـ50%، أما أخفض نسبة فوجدت عند العازبات بـ18.5%. أما الاستجابة للانهيار العصبي و الإحباط فقد ميزت أكثر العازبات بـ63% مقابل 23.6%، 10 %، عند المتزوجات الأرامل على التوالي، أما الاستجابة بالقلق و التوتر فإن النسب متقاربة بين المتزوجات 15.7% و 11.1%، الاستجابة بشكل عادي فإن النسب متقاربة بين 7.9% و 7.4% عند المتزوجات و العازبات و منعدمة عند الأرامل و المطلقات، بالنسبة للاستجابة بالإيمان بالقضاء و القدر فإن أعلى نسبة سجلت عند الأرامل بـ40% و أخفض نسبة عند المتزوجات هي 5.6% و منعدمة عند العازبات.

بالنظر إلى هذه النسب، نستنتج أن الاستجابة للمرض تختلف باختلاف الحالة العائلية للمرأة، فالمتزوجات و الأرامل و المطلقات تلفين المرض بالخوف، أما العازبات فقد تلقينه بالانهيار العصبي و الإحباط. بالإضافة إلى تلقي الأرامل للإصابة بالإيمان بالقضاء ة القدر.

إذن تأثير المرض كان وقعه شديد على العازبات، فهذه الإمراض تعتبر أمراض خاصة بالنساء المتزوجات و الكبيرات في السن، اللواتي سبق لهن الإنجاب و الإجهاض و ليس اللواتي ينتظرن الزواج، هذا الأخير الذي له مكانة عالية في المجتمع الجزائري.
فمنذ الصغر تهيئ البنت لكي تكون امرأة بيت تتولى شؤون زوجها و بيتها و عائلتها، فكيف يكون ذلك بعدما تحس أنها غير قادرة على دلك أي أنها ناقصة، حتى و إن لم تكن الإصابة بالغة، و لكن يكون دائما أمامها هذا الهاجس.

الأرامل والمطلقات لم تكن لدينا عينة كبيرة و لهذا لا نستطيع التعميم عليهن و لكن نتائج جدولنا أن استجابة هؤلاء النساء كانت أكثر بالخوف و الإيمان بالقضاء و القدر، و هذا راجع بدوره إلى سنهن، فالكبيرات في السن يتميزن بالخوف من الموت ومن تعقد المرض كما رأينا سابقا، أضف إلى ذلك المذهومات و التفسيرات الخاطئة للمرض مما أدى إلى الخوف بمجرد السماع عنها.

أما المتزوجات فإنهن يصبن أكثر بالخوف و هذا نسبه ما يحدثه المرض من زعزعة استقرار العلاقة الزوجية حيث أن المرأة المصابة في جهازها التناسلي تكون غير قادرة على أداء واجباتها الزوجية طول فترة العلاج، ة المجتمع الجزائري لا يسمح بوجود علاقات جنسية غير زوجية، و بالتالي يصاب الزوج بالانزعاج من زوجته و تذمره منها أحيانا أخرى يؤدي إلى هروبه منها، هذا الذي يقلق الزوجة كثيرا.

استجابة المريضات له علاقة بحالتهن العائلية ، فكلما اختلفت هذه الأخيرة اختلفت معها الاستجابة للمرض، و كلما كانت المرأة غير متزوجة يكون واقع المرض عليها أشد.

جـ ـ ـ دول رقم (37): علاقة الحالة العائلية بالتوجه للعلاج في الفترة الأولى من المرض

التوجه للعلاج / الحالة العائلية	طبيب النساء الخاص	مستشفى بني مسوس	طبيب النساء في مستشفى أخر	الخلط بين طبيب النساء الخاص و العام	طبيب عام	المجموع
المتزوجات	25 %28.1	32 %35.9	17 %19.1	12 %13.5	3 %3.4	89 %100
العازبات	19 %70.4	1 %3.7	1 % 3.7	1 %3.7	5 %18.5	27 %100
أرامل	1 %10	1 %10	5 %50	2 %20	1 %10	10 %100
المطلقات	1 %25	2 %50	- -	- -	1 %25	4 %100
المجموع	46 %35.4	36 %27.7	23 %17.7	15 %11.5	10 %7.7	130 %100

التوجه إلى طبيب النساء الخاص جاء بـ35.4% و مثلت العازبات أعلى نسبة بـ70.4% مقابل 28.1% عند المتزوجات و 25% و10% عند المطلقات و الأرامل على التوالي، أما التوجه إلى مستشفى بني مسوس فإن أعلى النسب سجلت عند المطلقات، بالنسبة بـ50% أما أخفضها كانت بـ 3.7% في نفس الفترة فقد كانت منعدمة عند المطلقات و منخفضة جدا عند العازبات 3.7%، أما التوجهات إلى طبيب عام فإن النسبة متقاربة بين العازبات و الأرامل و المطلقات، و منخفضة عند المتزوجات بـ 3.4%.

من خلال كل هذا ينتج لنا مايلي :

العازبات يتوجهن أكثر إلى طبيب النساء الخاص و هذا للتخوف الكبير من المرض و للحصول على عناية سريعة و جدية، فالإهمال و التهاون الذي يسود في المستشفيات لا يستطعن تحمله خاصة أن المواعيد التي تعطى بعيدة تستطيع أن تصل إلى

عدة أشهر هذا ما يقلق المريضة و سيجعلها تتوجه إلى الطبيب الخاص، أضف إلى ذلك الخوف من إنتشار خبر المرض، في المستشفيات يكون عدد المرضى و العاملين كبير، هذا ما يوسع دائرة المعارف و تستطيع حتى أن تلتقي بأحد الجيران أو أحد من العائلة، وبذلك ينتشر خبر و جودها في هذه المصلحة، مما يسبب لها مشاكل عويصة مع عائلتها، كذلك تعدد عدد الأطباء و المعالجين داخل المستشفيات يؤدي إلى الانزعاج من غير المتزوجات خاصة أنهن غير معتادات على العلاج في هذه المنطقة.

أما المتزوجات، و الأرامل و المطلقات فإنهن يتوجهن أكثر إلى المستشفيات، و هذا لخبرتهن أكثر في هذا المجال فهن متزوجات أو سبق وأن تزوجن و أنجبن و حتى الإجهاض و غيرها، و لهذا فهن على علم بأماكن العلاج خاصة المجانية منها، و هذا لا يبالين إذا التقين بأحد في مصلحة طب النساء لأنه أمر عادي بالنسبة لها له و للعامل المادي تأثير كبير على هذا، حيث أن مع ضعف المستوى المعيشي و غلاء الفحوصات و التحاليل و المواعيد في كل مرة، فإن العلاج في المستشفى ينقص من كل هذه الأعباء.

إذن الحالة العائلية لها علاقة بالتوجه في الفترة الأولى من المرض.

جـدول رقـم (38): علاقة الحالة العائلية للمصابات بالأمراض النسائية باستخدام الطب التقليدي.

استخدم الطب التقليدي / الحلة العائلية	نعـــم	لا	المجموع
متزوجة	33 % 37.1	56 %62.9	89 % 100
عازبة	4 % 14.8	23 %62.9	27 %100
مطلقة	8 %80	2 %85.2	10 %100
أرملة	3 %75	1 %25	4 %100
المجموع	48 % 36.9	82 %63.1	130 % 100

أعلى نسبة في الجدول هي 63.1%، للواتي لا يستخدمن الطب التقليدي و احتلت فيه العزبات الصدارة حيث وصلت نسبتهن إلى 85.2%، و 62.9% عند المتزوجات، أما المطلقات و الأرامل فقد بلغت 25%، و 20% على التوالي.

من خلال هذه النتائج، يتبين لنا أن العازبات أكثر عزوفا عن استخدام الطب التقليدي و ذلك راجع إلى عدة عوامل منها التي ذكرنها في الجدول رقم (14) ، منها يرين أنه غير مفيد و كذلك الخوف من استخدامه خاصة أن الإصابة في منطقة حساسة، و كذلك السن له دور في هذا و قلة الخبرة في الحياة و في هذا المجال خاصة أي في العلاج التقليدي، و لهذا فهن يحذرن منه، كأي خطأ يؤدي إلى تفاقم المرض، فالمعروف في كثير من الأحيان أن من يستخدمون هذا النوع من الطب يتوجهون فيما بعد إلى الطب الحديث و هذا لعدم حصولهم على نتائج إجابية منه أحيانا تكون خطيرة. حتى أن العازبات كثيرا ما يكتمن أمر إصابتهن ، أما المتزوجات فإنهن أيضا لا يلجأن للطب التقليدي و لكن بنسب أقل من العازبات، وذلك راجع إلى مكوثهن بالبيت و عدم قدرتهن على الخروج

فالزوج لا يسمح لزوجته بالذهاب إلى أي مكان و في كل وقت، و هذا الطب الشعبي يحتاج إلى من يدل عليه و كيفية القيام به و حتى هناك متخصصين فيه يصعب الوصول إليهم فغالبا ما يتواجدون في مناطق معزولة، و ذلك يتطلب من المرأة الابتعاد عن بيتها لوقت طويل و بالتالي فلا تستطيع ذلك، بالإضافة إلى الخوف من نتائج غير مرغوبة من جراء الخلطات و الأعشاب المستخدمة دون أية فحوصات أو تحاليل، فهي متوارثة فقط عن الأجداد.

أما المطلقات و الأرامل فإنهن يلجأن إلى الطب الشعبي، لأنهن أولا معتادات عليه، فهن كبيرات في السن، و يسهل عليهن الخروج من البيت خاصة إن كن يقمن لوحدهن أو مع الأولاد مما يجعلهن أكثر حرية من غيرهن يدل على العادات و التقاليد ما تزال راسخة في المجتمع.

من كل هذا نستطيع أن نقول أ، الحالة العائلية تؤثر على استخدام أو عدم استخدام الطب التقليدي.

جدول رقم (39) :علاقة الحالة العائلية للمريضات بتفضيل العلاج.

تفضيل العلاج / الحلة العائلية	امرأة	كلاهما (لا فرق)	رجل	المجموع
متزوجة	40 % 44.9	38 %42.7	11 % 12.4	89 100 %
عازبة	20 % 74.1	4 %14.8	3 %11.1	27 %100
أرملة	1 %10	2 %20	7 %75	10 %100
مطلقة	- -	1 %25	3 %75	4 %100
المجموع	61 % 46.9	45 %34.6	24 % 18.5	130 % 100

بين الجدول رقم (39) أن أعلى نسبة عند المفضلات للعلاج عند "امرأة" لدى العازبات 74.1% مقابل 11.1% فقد منهن من تفضل العلاج عند "رجل" و 14.8% لا يجدن فرق في ذلك. أما المتزوجات فتراوحت نسبهن بين المفضلات للعلاج عند "امرأة" بـ 42.7% مقابل 12.4% فقط ممن يفضلن العلاج عند "رجل".

أما الأرامل و المطلقات فقد سجل 70% 75% على التوالي من المفضلات للعلاج عند "رجل" مقابل 20% و25% من اللواتي لا يجدن فرق في العلاج و 10% من المفضلات للعلاج عند امرأة بالنسبة للأرامل. أما المطلقات فكانت النسبة منعدمة.

من خلال كل هذا ينتج أن أنه هناك فرق في تفضيل العلاج حسب الحالة العائلية فالعازبات يفضلن ذلك، فأن لم يكونوا قد تقبلوا بعد الإصابة بهذا المرض، فكيف يستقبلون العلاج عند الرجل؟ فهي تعتبر أمراض المتزوجات أو حتى العازبات اللواتي لا يتمسكن بشرفهن و شرف عائلتهن، و حتى و إن لم تكن لهن هذه النظرة، فإن هناك من يرى أن

العازبات المصابات بالأمراض النسائية لا يقدرن على الزواج و الإنجاب،و بالتالي يصبحن عبئا ثقيلا على الأسرة خاصة نعم أن معظم النساء ماكثات بالبيت ومن غير دخل و لا يقدرن الاتكال على أنفسهن، و هذا ما يزيد الأمر سواء، فالعادات و التقاليد و الدين الإسلامي أيضا يحرم خروج المرأة من بيت أهلها إلا إذا تزوجت.

بالنسبة للمتزوجات فإن معظمهن تراوحت استجابتهن بين المفضلات للعلاج عند "امرأة" ومن لا يجدن فرق في ذلك عند "رجل" أو "امرأة" و هذا لكونهن قد تعودن على الفحص و لو لبعض المرات و كذلك قد يكون قد أنجبن، و بالتالي لا تكون المرة الأولى التي يتوجهن إليها إلى طبيب النساء، و لكن دائما هذا الإحراج و الانزعاج من العلاج عند الرجل في هذه المنطقة بالذات.

هناك حتى من يرفض زوجها أن تعالج عند "رجل" مهما بلغ الأمر، و هناك من تعتبره "حرام" وأمر غير عادي كما جاء على بعض المريضات " c'est pas normal، قع نداوي عند راجل" بمعنى أمر غير عادي أن أعالج عند "رجل"، أما الأرامل و المطلقات فإنه يفضلن العلاج أكثر عند "رجل" و هذا لقناعتهن أن الرجال أمهر من النساء في كل شيء خاصة في الطب، بالإضافة إلى كونهن لم يعدن صغيرات و ساذجات فهن ذات خبرة كبيرة في الحياة، و لا يكترثن بالأمر،فلا أحد يهتم بصحتهن، و ربما حتى لا يعلم أحد بمرضهن، و إن علموا فهم لا يكترثون بهن فهن فئة غير مرغوبة فيها في العائلة و الوسط الأسري و الاجتماعي، و لهذا فإن القيود التي كانت مفروضة عليهن من العائلة أو الزوج قد زالت الآن.

مرة أخرى و جدنا أن هناك فرق الاستجابة للمرض من خلال تفضيل العلاج عند "الرجل" أو "امرأة"، فالعازبات أكثر تمسكا بالعلاج عند "امرأة" و بدرجة أقل من المتزوجات، هؤلاء اللواتي لا يجدن أيضا فرق في العلاج عند "رجل" أو "امرأة"، أما الأرامل و المطلقات فيفضلن أكثر العلاج عند "رجل"

جـدول رقـم (40) : علاقة الحالة العائلية بتغير مجرى الحياة.

تفضيل / العلاج الحلة العائلية	نعم	لا	نوعا ما	المجموع
متزوجة	37 % 41.6	34 %38.2	18 % 20.2	89 100 %
عازبة	15 % 55.6	4 %14.8	8 %29.6	27 %100
أرملة	1 %10	7 %70	2 %29.6	10 %100
مطلقة	- -	1 %25	3 %75	4 %100
المجموع	53 % 40.8	46 %35.4	31 % 23.8	130 % 100

يبين لنا الجدول رقم (40) أن أعلى نسبة من المبحوثات صرحن بحدوث تغير في مجرى حياتهن بنسبة 40.8% أين نجد العازبات أكثر تعرضا لذلك بنسبة 55.6% مقابل 41.6% عند المتزوجات، أما الأرامل فإن 70% منهن لم يحدث المرض تغير في مجرى حياتهن و 75% من المطلقات أثر المرض نوعا ما على حياتهن.

هذا يجعلنا نتأكد من أن وقع المرض على العازبات يكون عنيف بالمقارنة مع غيرهن، فالمرض حقا سبب تغيير مجرى الحياة، و لو بشكل بسيط و هذا الخصوصية هذه الأمراض بالذات، فالجدول رقم (24) يبن لنا كيفية تغير مجرى الحياة، فالقلق الدائم المستمر يؤدي إلى إحباط و توتر عصبي و التخوف من المستقبل الذي يعد واضحا لها وسط كل هذه المشاكل، و حتى أنه هناك من تخفي أمر إصابتها على الأب و الأخوة خوفا من العقاب و المعاملة السيئة منهم و حتى الطرد من البيت، كما صرحت به أحد المبحوثات" في الأول كانوا يسبوني و يعايروني، أمبعد ضربوني، ثم هربت إلى بيت

عمتي" بمعنى "في الفترة الأولى كانوا يشتموني و يسبونني، ثم بدؤوا يضربونني، فهربت إلى بيت عمتي".

أما المتزوجات فإن الإصابة بهذه الأمراض سبب لهن عوائق كثيرة و لكن ليس بنفس الدرجة كما عند العازبات، فهن متزوجات على الأقل و لكنه يجدن مشاكل عويصة مع أزواجهن، فتوتر العلاقات الجنسية بين الزوج و الزوجة و حتى يستطيع أن يطول هذا المرض يؤدي إلى تذمر الزوج و استياءه من هذه الحالة، و بالتالي تتغير معاملته لها و حتى تستطيع أن تسوء إلى أن تصل إلى الانفصال و الطلاق كما حدث ذلك مع بعض الحالات حيث كان المرض و معقد و صل إلى آخر درجة و هي السرطان، فقد صرحت أحد النساء "الراجل ما يصبرش".

لم يسبب المرض للأرامل تغير في مجرى الحياة بالاضافة إلى تاثير المرض نوعا ما على المطلقات، هذه الشريحة من المجتمع (ارامل و مطلقات) التي أصبحت من دون سند وغير مرغوب فيها، فبعد كل هذات المسار الطويل في الحياة و العويص و المليء بالمتاعب خاصة بعدما أصبحن لوحدهن، فإنهن متعودات على المشاكل والصدمات، فالمرض هذه المرة يدخل ضمن هذه الدائرة، والقلق يكون اكثر على صحتهن والخوف من الموت، ولا يكترثن كثيرا على وقع مرضهن على غيرهن، ربما حتى لا يعلمون بالامر ماعدا إن كانت هناك عوائق مادية كما صرحت به بعضهن.

من كل هذا نستنتج أن العازبات يتضررن أكثر من المرض ثم المتزوجات، فالعائلة والمحيط الاجتماعي يستطيعوا أن يرحم المتزوجة على مرضها هذان لكنه لا يستطيع أن يرحم العازبة، أما الارامل و المطلقات فإن المرض لم يحدث تغيرات ملحوظة في حياتهن، فهن اكثر تحررا من غيرهن.

جدول رقم (41): علاقة الحالة العائلية بالمرافقة إلى الطبيب.

المرافقة إلى الطبيب / الحالة العائلية	لا أحد	الأم	الأخت	البنت	الخالة	الزوج	العائلة	أم الزوج	الصديقات	المجموع
متزوجة	28 %31.5	11 %12.4	8 %8.9	10 %11.2	11 %10.1	11 %12.4	6 %6.8	5 %5.6	1 %1.1	4 %100
عازبة	4 %14.8	11 %40.8	5 %18.5	- -	4 %14.8	- -	1 %3.7	- -	2 %7.4	9 %100
أرملة	4 %40	1 %10	1 %10	3 %30	- -	- -	1 %10	- -	- -	18 %100
مطلقة	2 %50	- -	- -	1 %25	- -	- -	1 %25	- -	- -	17 %100
المجموع	38 %29،2	23 %17،7	14 %17،7	14 %10،8	13 %10	11 %8،5	9 %6،9	5 %3،8	3 %2،3	130 %100

يبين الجدول رقم (41) أن الأرامل و المطلقات يتوجهن إلى العلاج بمفردهن بنسبة 40% و 50% على التوالي في حين بلغت نسبتها عند المتزوجات و العازبات 31.5% و 14.8% على التوالي أما المرافقة مع الأم فقد سجلنا أعلى نسبة وهي 40.8% عند العازبات و 12.4 عند المتزوجات في حين سجلت 30% و 25% لدى الموافقة عند البنت عند المطلقات و الأرامل على التوالي .المرافقة مع الخالة كانت عند العازبات 14.8% و المتزوجات 10.1% أما المرافقة مع الزوج فهي 12.4% عند المتزوجات المرافقة مع العائلة سجلنا أعلى نسبة عند المطلقات 25%و اخفضها عند العازبات ب3.7% أما المرافقة مع أم الزوج فمثلتن 5.6% منم المتزوجات و بالنسبة للمرافقة مع الصديقات فاقتصرت على العازبات ب 7.4% و المتزوجات 1.1%.

من خلال كل هذه النسب ينتج لنا ما يلي:

- المتزوجات يذهبن للعلاج برفقة الأم .الزوج.البنت .الخالة الأخت العائلة و أم الزوج والصديقات و نسبة معتبرة منهن لوحدها.
- العازبات توجهن للعلاج برفقة الأم خاصة ثم الأخت، الخالة، الأخت العائلة ونسبة ضئيلة يتوجهن لوحدهن.
- الأرامل تذهبن خاصة لوحدهن ثم هناك مرافقة من البنت خاصة الأم ثم الأخت، العائلة.
- المطلقات يذهبن أيضا لوحدهن ثم هناك مرافقة من البنت و العائلة.

من كل هذا نستخلص أن المتزوجات أكثر حضا في عدد المرافيقن إلى الطبيب، لكن إقتصارها على جنس الأنثى دون احتساب الزوج هذا الذي من المفروض أن يحتل الصدارة في النسب و لكنه جاءت نسب مرافقة ضئيلة، أما المرفقات الأخريات فقد كانت من أقرب الناس إلى المريضة، فهذه الأمراض نسائية و بالتالي المرافقة تكون من النساء، أضف إلى ذلك تراجع العلاقات الأسرية و التكفل الاجتماعي مع الوظيفة الاقتصادية و الاجتماعية و الأمنية المزرية للبلاد، فرغم علم المحيط العائلي و الجيران بمرض هذه المرأة إلا أنهم غير قادرين على مساعدتها.

أما العازبات فإنهن يذهبن برفقة الأم الخاصة و الأخت و الخالة التي تعد بمثابة الأم و الصديقات، أي اقتصار المرافقة في معظمها على جنس الأنثى و على عدد معين من الناس و هم ممن يكون مصدر ثقة المريضة ، فهذه الأمراض بالنسبة للعازبات لا تتحمل الثرثرة و اتساع دائرة العارفين بها حيى الأب و الإخوة الذكور لا يكونون في أغلب الأحيان على علم بمرض ابنتهم أو أختهم، وهذا لموافقتهم السلبية تجاه هذه الأمراض، وعدم درايتهم بحقيقتها.

ولاحظنا أيضا ضعف توجه العازبات إلى الطبيب بمفردهن وهذا لتخوفهن الشديد من المرض و عدم داريتهن بما يجب فعله، والقرارات التي تجب إتحادها، وحتى التخوف من الفحوصات و نتائجها، فهي أمور جديدة عليها و هي غير مرغوبة.

عكس الأرامل و المطلقات اللواتي نجدهن يذهبن للعلاج لوحدهن لاتكالهن على أنفسهن، فالخبرة في الحياة و كثرة الصدمات يجعلهن أكثر قوة و تحدي للمرض، بالإضافة إلى كونهن أقل حظا من غيرهن في المرافقة إلى الطبيب، فقد اقتصرت خاصة على البنت ثم العائلة، الأم، الأخت، هذه الشريحة من المجتمع تصبح بلا سند عندما تنفصل عن زوجها أو يتوفى، فعائلتهن تصبح غير مبالية بهن، و هذا أيضا داخل في إطار تراجع التكفل الاجتماعي.

إذن المرافقة إلى الطبيب مرتبطة بالحالة العائلية للمريضة .

جـدول رقم (42): علاقة الحالة العائلية بوجود مساعدة لمواجهة المرض.

وجود مساعدة / الحلة العائلية	نعم	لا	المجموع
متزوجة	63 % 70.8	26 %29.2	89 % 100
عازبة	7 % 25.9	20 %74.1	27 %100
أرملة	4 %40	6 %60	10 %100
مطلقة	1 %25	3 %75	4 %100
المجموع	75 % 57.7	55 %42.3	130 % 100

يبين الجدول رقم (42) هناك اختلاف في وجود مساعدة لمواجهة المرض باختلاف الحالة العائلية للمبحوثات، فقد بلغت 70.8% عند المتزوجات و 40% عند الأرامل، و انخفض عند العازبات إلى 25.9% و 25% عند الأرامل.

المتزوجات أكثر حظا من غيرها في الحصول على مساعدة و مساندة لمواجهة المرض و هذا لتقبل عائلتها و زوجها ومحيطها الاجتماعي لمرضها، فالأمراض النسائية تعتبر أمراض المتزوجات فقط، كذلك انتشار خبر مرضها يزيد من حظوظها في الحصول على مساندة الآخرين، بإمكانية الاتصال و التحدث مع الناس يتيح الفرصة لم له القدرة على المساعدة بتقديمها، على عكس ما إذا خفي الأمر عن الأهل و المحيط الاجتماعي و حتى على أقرب الناس إلى المرأة و هم الأب و الإخوة كما هو الحال عند بعض العازبات، والمعروف أنهم (الأب، الإخوة) هم القادرون على تقديم المساعدة المادية للمرأة بحكم أن أغلب المبحوثات غير عاملات، فإخفاء الأمر أيضا بسب الخوف من كثرة الكلام عن المريضة و إطلاق إشاعات غير صحيحة عنها فبمجرد رؤية الفتاة

ببطن منتفخ بسبب وجود ورم كبير في رحمها كما حدث مع البعض يؤدي إلى الجزم بأنها حامل، وهذا ما يؤثر سلبا على سمعة المريضة و سمعة عائلتها و بالتالي لا تجد فقط المريضة مساعدة و لكن تقابلها أيضا إهانات و معاملة سيئة للغاية، و على هذا يؤثر على مستقبلها و على شخصيتها و السبب بسيط للغاية، و لهذا يفضلن كتمان السر بقدر المستطاع.

أما عن المطلقات و الأرامل، فإنهن لا يجدن مساعدة كبيرة، فهن في الغالب مرفوضات من المجتمع و غير مرغوبات في العائلة، فالطلاق و الترمل بعد مصيبة تسقط على المرأة و عائلتها، خاصة إن كان لديها أولاد، فماذا لو زادت على ذلك مرض يتطلب العلاج و الرقابة المستمرة و التكاليف الكبيرة في ظل سوء المستوى المعيشي، و ذهاب قيم المساعدة و التكفل من المجتمع، فغلى حد قول العديد من النساء : " راجلك يحبك قوية و خوك يحبك غنية ".

من هنا نستطيع أن نقول أن المساعدة لمواجهة المرض تقل عند العازبات خاصة ثم عند الأرامل و المطلقات، في حيث تحظى المتزوجات بها.

جدول رقم (43) : علاقة الحالة العائلية للمريضة بالتخوف من الأمراض النسائية.

الحلة العائلية / التخوف من المرض	متزوجة	عازبة	أرملة	مطلقة	المجموع
التخوف من تعقد المرض	46 % 51.7	2 %7.4	3 %30	2 %50	53 % 40.8
التخوف من الموت	16 %17.9	- -	4 %40	1 %25	21 %16.1
التخوف من عدم القدرة على الزواج	- -	15 % 55.6	- -	- -	15 %11.5
لا أتخوف من شيء	8 %9	1 %3.7	2 %20	1 %25	12 %9.2
التخوف من الطلاق (تخلي الزوج عني)	11 %12.4	- -	- -	- -	11 %8.5
التخوف من عدم القدرة على الإنجاب	3 %3.4	4 % 14.8	- -	- -	7 %5.4
التخوف من نزع الرحم ولواحقه	4 %4.5	2 %7.4	1 %10	- -	7 %5.4
التخوف من انتشار الخبر	1 %1.1	3 %11.1	- -	- -	4 %3.1
المجموع	89 %100	27 %100	10 %100	4 %100	130 %100

هناك إختلاف في نوع الاستجابة للمرض من خلال التخوف المرض حسب الحالة العائلية للمرأة، فالتخوف من تعقد المرض جاءت أعلى النسب عند المتزوجات بـ 51.7% و المطلقات بـ 50%، الأرامل بـ 30% أما أخفضها فعند العازبات بـ 7.2% حيث بلغ الاتجاه العام 40.8%، أما التخوف من الموت فقد بلغت أعلى نسبة عند

المتزوجات بـ 40%، و أخفضها عند المتزوجات بـ 17.9%، التخوف من عدم القدرة على الزواج جاءت بـ 55.6%، عند العازبات فقط، أما اللواتي لا يتخوفن من شيء فنجد 25% و 20% عند المطلقات و الأرامل على التوالي و منخفضة عند الأخريات.

التخوف من الطلاق جاء بـ 12.4% و عند المتزوجات فقط. أما التخوف من عدم القدرة على الإنجاب فكانت بـ 14.8%عند العازبات و 3.4%عند المتزوجات ، و بالنسبة للتخوف من انتشار الخبر فسجلت فقط عند العازبات بـ 11.1%

كل هذه الأرقام تؤكد لنا أنه هناك تباين في التخوف بعد الإصابة بالأمراض النسائية كل حسب حالته العائلية.فالمتزوجات يتخوفن من تعقد المرض ثم الموت بأقل حدة ، التخوف من عدم القدرة على الإنجاب و من نزع الرحم و لواحقه و من انتشار الخبر، كل هذه الأسباب تدل على أن المرأة المتزوجة مرتبطة بعدة عوامل، فتعقد المرض يسبب للمرأة، إرهاقا شديدا في صحتها، و هموما لا تتحمله فأولادها و زوجها في أمس الحاجة إليها، وكذلك ذلك قد يؤدي بها إلى التهلكة.

هناك استجابات حساسة جدا فالتخوف من نزع الرحم و لواحقه الذي يقلق كثيرا المتزوجات فهذا يؤدي إلى نتائج سلبية خاصة من الناحية النفسية للمرأة و هذا يجعلها تتخوف من الطلاق، فالإصابة في هذه المنطقة و مع مرور الوقت بدون حدوث تحسن يؤدي إلى تذمر الزوج و هذا الشيء أيضا سيئ أيضا للمرأة، فأما أ، يطلقها أو يتزوج مرة ثانية و كلا الأمرين ترفضهما المرأة خاصة أن الدين يحرم إقامة علاقات جنسية مع غير الزوجة، و لكل هذا نجد المرأة المتزوجة دائما في حيرة من أمرها و تسبب لها الأمراض إزعاجا كبيرا. أما اللواتي لا يتخوفن من شيء، فلا بد أن يكون الطبيب المعالج قد طمأنهن على حالتهن، و لم يتسبب المرض في تعقد في العلاقات الزوجية، و بالتالي تعتبره مرضا عاديا.

أما العازبات فإن اهتمامهن ينصب بالدرجة الأولى على الزواج، فالإصابة في الجهاز التناسلي يؤدي إلى تخوفها الكبير من انتشار خبر مرضها عند الجيران و الأقارب و غيرهم مما يؤدي إلى النظر إليها على أنها ناقصة فيخافون من أن لا تكون عفيفة و هو شرط ضروري و أساسي في الزواج، حتى وإن لم تكن لهم هذه النظرة فإنهم يخافون أن تسبب لهم شقاء في حياتهم فيما بعد أو لا تستطيع الإنجاب و هو أيضا من الأهداف الأساسية للزواج. و لهذا نجد العازبة تتخوف من عدم القدرة على الإنجاب.

أما المطلقات و الأرامل فإنهن يتخوفن من تعقد المرض و من الموت، فعامل السن هنا له دور مهم، فكلهن كبيرات في السن و لا يرجون زوجا و لا إنجابا، بل يفكرن بل يفكرن فقط في صحتهن و هناك منهم من لا تتخوف من شيء، ففي مثل حالتها ليس هناك زوج يرغمها على عدم نزع الرحم و لواحقه قصد العلاج أ, يسيء معاملتها، و لا عائلة تدينها على ذنب لم تقترفه، فلا يمارس عليها ضغطا كبيرا كما عند المتزوجات و العازبات.

خلاصـة نتائـج الفرضيـة الثالثـة :

من كل ما سبق وجدنا أنه فعلا هناك اختلاف في نوع الاستجابات للمرض باختلاف الحالة العائلية للمصابات بالأمراض النسائية، و العازبات أكثر عرضة للاستجابة السلبية للمرض، فوقع المرض عليها و على عائلتها و محيطها الاجتماعي كان أكبر و أشد من غيرها، فعدم تقبل هذه الأمراض و التفسيرات الخاطئة لها أدت إلى خصوصية معاملة هذه المريضة التي لم تتحمل خبر إصابتها في هذه المنطقة، ففضلت كتمان الأمر عن أهلها خاصة منهم الأب و الأخوة الذين كثيرا ما يقومون بسلوكات عدوانية عليها، و تخوفا من المعاملة السيئة للمحيط الاجتماعي فتقل حظوظها من الزواج و الإنجاب و الحياة السعيدة، هذا الزواج الذي له مكانة عالية في المجتمع و الذي تهيئ له البنت منذ صغرها سواء من الناحية النفسية أو المادية، و لكن بعد الإصابة بهذه الأمراض يؤدي إلى إنهيار كل هذا الطموح.

أما المتزوجات فقد كان وقع المرض عليهن قاس و لكن بنفس الدرجة كما عند العازبات فهن على الأقل لا يجدن الرفض من المجتمع بسبب هذه الإصابة، فهي تعتبر أمراض المتزوجات .

بالنسبة الأرامل و المطلقات. فإن هذه الشريحة من المجتمع لا تلقى اهتماما كبير من غيرهن، فهن مهملات من الجميع و لا تمارس عليهن ضغوط كبيرة من جراء إصابتها بالأمراض النسائية.

الفرضيـة الرابعـة :كلما كانت المرأة عاملة كانت الاستجابة للأمراض النسائية إيجابية.

جـدول رقـم (44) : علاقة الوضعية الشخصية بكيفية تلقي المريضة لمرضها.

كيفية تلقي المرض / الوظيفة الشخصية	الخوف	انهيار عصبي + إحباط	قلق و توتر	بشكل عادي	الإيمان بالقضاء و القدر	المجموع
لا تعمل	45 %41.7	34 %31.5	13 %12	9 %8.3	7 %6.5	108 %100
تعمل	8 %38.1	5 %23.8	4 % 12.1	2 %9.5	2 %9.5	21 %100
متقاعدة	- -	- -	- -	- -	1 %100	1 %100
المجموع	53 %40.8	39 %30	17 %13.1	11 %8.5	10 %7.7	130 %100

باتخاذ أعلى نسبة في الجدول الذي جاءت فيه الاستجابات للمرض بالخوف 40.8%، نلاحظ أن مهما اختلفت الوضعية الشخصية للمرأة لم تختلف النتائج كثيرا فيما بينها، كذلك نفس الملاحظات سجلت عند كافة الاستجابات بحيث لم نجد تباين في النسب العاملات و غير العاملات، أما المتقاعدة الوحيدة التي لدينا فإن استجابتها كانت بالإيمان بالقضاء و القدر.

هذه النتائج تبين لنا أن الوضعية الشخصية المريضة لم تؤثر على نوع استجابتها، فالعاملات و الماكثات في البيوت تلقين المرض بنفس الشكل (تقريبا)، رغم أننا كنا نعتقد أن العاملة أكثر قدرة على اتخاذ المرض بشكل بسيط، فهي امرأة ذات شبكة اجتماعية واسعة مما لها بالحصول على معلومات كافية على علاقة بوسطها المهني ووسطها

العائلي و يمكن أن تتعدى إلى أكثر من ذلك، و لكن مع انتشار اللاوعي و الأفكار الخاطئة، فكيف لهذه العاملة أن تحصل على معلومات صحيحة؟ فعلى العكس عدم التقرب من الاختصاصين يؤدي إلى اتخاذ سلوكات غير سليمة من المريضة نفسها و من محيطها و عائلتها، خاصة أن دور وسائل الإعلام و الاتصال ناقصة كثيرا في هذا المجال، حيث أن هذه الأمراض تعتبر من الطابوهات .

أما المتقاعدة الوحيدة فقد كانت استجابتها للمرض بالإيمان بالقضاء و القدر، فعامل السن له دور فعال في هذه الحالة، ولا يمكن الأخذ بهذه النتيجة و تعميمها.

جـدول رقـم (45) : علاقة الو ضعية الشخصية بالتوجه للعلاج في الفترة الأولى من المرض.

التوجه للعلاج / الوظيفة الشخصية	طبيب النساء الخاص	مستشفى بني مسوس	طبيب النساء في مستشفى آخر	الخلط بين طبيب النساء	طبيب عام	المجموع
لا تعمل	43 %39.8	29 %26.9	18 %16.7	10 %9.2	8 %7.4	108 %100
تعمل	2 %9.5	7 %33.4	5 % 23.8	5 %23.8	2 %9.5	21 %100
متقاعدة	1 %100	- -	- -	- -	- -	1 %100
المجموع	46 %35.4	36 %27.7	23 %17.7	15 %11.5	10 %7.7	130 %100

نريد معرفة ما إذا كان للو ضيفة الشخصية للمريضة تأثير على توجهها للعلاج في الفترة الأولى من المرض، و هذا ما سنراه من خلال الجدول رقم (45).

عند أخذ العمود الأول الذي كان التوجه فيه إلى طبيب النساء الخاص بـ 35.4% .

غير العاملات أكثر توجها إليه من العاملات بـ 39.8% مقابل 9.5% على التوالي، بالنسبة للمتوجهات قصد العلاج إلى مستشفى بني مسوس إلى طبيب النساء في مستشفى آخر و إلى طبيب عام فإننا نجد تباين واضح بين العاملات و الماكثات بالبيوت فقد جاءت

151

النسب متقاربة فيما بينهما. أما اللواتي توجهن إلى طبيب النساء الخاص و العام في نفس الوقت فإن العاملات أكثر نسبة بـ 9.2%.

من خلال ما سبق، هناك اختلاف في التوجه للعلاج إلى طبيب النساء الخاص فالماكثات بالبيوت يتوجهن أكثر إليه من العاملات، و كذلك لاحظنا اختلاف في المتوجهات إلى طبيب النساء الخاص و العام في نفس الوقت، فمن المفروض أن يحدث العكس، فالعاملات أكثر حظا من غيرهن في الخروج من المنزل و الحصول على معلومات حول الأمراض النسائية، و لكن يظهر الاتصال ناقص بين العاملات و زملائها و غيرها و ربما لا يتعدى عدد صغير و محدد من الأشخاص بالإضافة إلى نمط الأسرة النووية الذي يميز عينتنا و بالتالي ضعف العلاقات الأسرية و من ثم ضعف الثقافة الصحية للمرأة، أما التوجه للعلاج إلى مستشفى بني مسوس و إلى طبيب النساء في مستشفى آخر و إلى طبيب عام فإنه لا يوجد فرق بين العاملات و الماكثات بالبيوت، فالعوامل الاجتماعية، الثقافية و المادية المؤثرة عليهن كانت نفسهن و هي أقوى من الوضعية الشخصية، و لذا نستطيع أن نقول أن الوضعية الشخصية للمريضة ليس لها علاقة بالتوجه للعلاج في الفترة الأولى من المرض.

جـدول رقـم (46) : علاقة الوضعية الشخصية بين استخدام الطب التقليدي.

استخدام الطب التقليدي / الحلة العائلية	نعم	لا	المجموع
لا تعمل	39 % 36.1	69 %63.9	108 % 100
تعمل	8 % 38.1	13 %61.9	21 %100
متقاعدة	1 %100	- -	1 %100
المجموع	48 % 36.9	82 %63.1	130 % 100

من خلال نتائج هذا الجدول لا يظهر لنا تأثير الوضعية الشخصية على استخدام الطب التقليدي، فقد جاءت النسب متقاربة بين العاملات و غير العاملات حيث بلغت 63.8% و 61.9% على التوالي ممن لا يستخدمنه.أما المتقاعدة الوحيدة فقد استخدمته.

عدم اللجوء بكثرة إلى الطب الشعبي، يدل على تراجع هذا النوع من العلاج، وهذا نظرا لغزو العلم كل مجالات الحياة خاصة الطب، فلم يعد يوثق به كما كان ذلك قديما رغم أنه لا يزال هناك من يستخدمه . و لكن في بحثنا هذا فوجئنا بتوازي الاستجابة للمرض من خلال استخدام الطب التقليدي بين العاملات و غير العاملات، فقد كنا ننتظر أن تكون الماكثات بالبيوت أكثر لجوءا إليه و العاملات أكثر عزوفا عنه، و لكن يبدوا أن خروج المرأة للعمل أو مكوثها بالبيت عاملا مؤثر على استجابتها و توجهاتها، فالتأثير يكون من عوامل أخرى كالحالة العائلية و السن، وكذا إلى شبكة العلاقات الاجتماعية، فكلما كانت واسعة كان لذلك تأثير على سلوكات المرأة و استجابتها، فذلك يسمح لها على الحصول على معلومات كافية عن الأمراض و عن مرضها و أماكن التوجه إليها و تجربة الآخرين في هذا المجال.

كما تستطيع المريضة الحصول على معلومات حول الطب الشعبي و كيفية اللجوء إليه، ولكن الأزمة الاقتصادية و الاجتماعية التي تعانيها البلاد تراجعت العلاقات و الزيارات مابين العائلات، و هذا ما ادى إلى تقوقع كل عائلة في بيتها و الاهتمام بمشاكلها لوحدها و عدم التدخل في مشاكل الآخرين.

أما المتقاعدة الوحيدة فقد استخدمت الطب الشعبي مما يدل على أنها من المتمسكات بالثقافة التقليدية.

جـدول رقـم (47) : علاقة الوضعية الشخصية للمريضة بتفضيل العلاج

تفضيل العلاج / الوضعية اشخصية	امرأة	كلاهما (لا فرق)	رجل	المجموع
لا تعمل	45 %41.7	40 %37	23 %21.3	108 %100
تعمل	15 %71.4	5 %23.8	1 %4.8	21 %100
متقاعدة	1 %100	- -	- -	1 %100
المجموع	61 %46.9	46 %34.6	24 %18.5	130 %100

الجدول رقم (47) يبين لنا أن في العمود الأول الذي فيه أعلى نسبة و هي 46.9% للواتي يفضلن العلاج عند امرأة، كانت أعلى نسبة و هي 71.4%، عند العاملات أما المتقاعدة الوحيدة فإنها سجلت أيضا في نفس الاستجابة، و بالنسبة للواتي لا يعملن فقد مثلت 41.7%، بالنسبة للاستجابة بلا فرق في العلاج عند رجل أو امرأة، فقد جاءت أعلى نسبة عند الماكثات بالبيوت بـ 37%, أما المفضلات للعلاج عند رجل فكانت نسبتهن 18.5% و مثلت غير العملات 21.3% مقابل 4.8% من العاملات.

154

يتبين لنا من خلال ما سبق أن تفضيل العلاج عند "امرأة" و هذا لكون هذه الأمراض تخص الجهاز التناسلي للمرأة، فالحياء و الاعتبارات الثقافية و الدينية و غيرها تدفع المريضة إلى العلاج عند امرأة، و لكن ما نستغربه نحن في بحثنا هذا من خلال هذا الجدول أن معظم العاملات يفضلن العلاج عند امرأة و بأقل نسبة عند غير العاملات رغم أننا كنا نعتقد أن العاملات أكثر تفهما و تفتحا من الماكثات بالبيوت و لا يهتمن بجنس المعالج، المهم هو العلاج، فيظهر أن العوامل الأخرى لها تأثير كبير على اختيارها فكما رأينا في الجدول رقم (22) عن نسب تفضيل العلاج فقد كانت إجاباتهن تتمحور حول

عوامل ثقافية، اجتماعية، دينية أكثر فمنهن من تعتبر العلاج أمر غير عادي، و حرام و المرأة تعالجها المرأة، وهناك من تتدخل العائلة او الزوج في اختيارها .

اما اللواتي لا يجدن فرق في العلاج عند رجل أو امرأة فالمهم هو العلاج، فهنا يمكن أن يكون تعقد المرض و درجة خطورته عالية و بالتالي تصبح المريضة لا تنظر كثيرا إلى من يعالجها فتأثير المرض عليها كبير كما في حالات السرطان، و يستغرق العلاج مدة طويلة، بالنسبة للمفضلات للعلاج عند رجل فإنه يصرحن بأن الرجال امهر من النساء، و هذه الأمراض لا تحتمل التهاون، و سوء النتائج و بالتالي من الأفضل التوجه عند الرجل للعلاج.

من خلال كل هذا نستنتج أن عمل المريضة أو مكوثها بالبيت لم يكن له تأثير كبير على العلاج عند رجل أو امرأة، ولكن أثرت فيه عوامل اجتماعية، ثقافية، دينية و أيضا درجة الإصابة بالمرض.

جدول رقم (48) : علاقة الوضعية الشخصية للمريضات بتغير مجرى الحياة.

تغيير مجرى الحياة / الوضعية الشخصية	نعم	لا	نوعا ما	المجموع
لا تعمل	43 %39.8	40 %37	25 %23.2	108 %100
تعمل	10 %47.6	6 %28.6	5 23.8	21 %100
متقاعدة	- -	- -	1 %100	1 %100
المجموع	53 %40.8	46 %35.4	31 %23.8	130 %100

مرة أخرى لم نجد فرقا كبيرا للاستجابة للأمراض النسائية باختلاف الوضعية الشخصية للمراة فيما يخص تأثير المرض على مجرى الحياة، فقد جاءت النسب متقاربة بين العاملات و غير العاملات% حيث بلغت نسبتهن 47.8%، 39.8% على التوالي للواتي أقررن بحدوث تغير على جرى الحياة بالإضافة إلى من أحدث المرض تغير نوعا ما في مجرى حياتهن بنسبة 23.8% و في 23.2% للعاملات و غير العاملات على التولي، بالنسبة للمتقاعدة فإن المرض أحدث نوعا ما تغير في حياتها.

الاستجابة للمرض من خلال تغير في الحياة لم تؤثر فيه الوضعية الشخصية للمريضة، فالمرأة العاملة أو غير العاملة استجبن بنفس الطريقة حيث أن هذه الأمراض أثرت في حياتهن كثيرا و نلاحظ ارتفاع النسبة قليلا عند العاملات في حين كنا ننتظر أن ترتفع عند غيرهن، فالمرأة العملة في نظرنا أكثر تفتحا و قدرة على التحكم في زمام الأمور و في تجاوز الصعاب و تعرف كيفية التصرف إزاء العوائق و الأمراض بحكم خروجها إلى العمل و احتكاكها بغيرها خاصة ذوي المستويات التعليمية و الثقافية العالية الذين يساعدونها على تقبل هذا المرض كباقي الأمراض و التصدي حتى الذين يؤثرون عليها سلبا، و لكن الواقع غير هذا فالاستجابة للمرض كانت مثل استجابة غير العاملة، و ربما يعيقها من العناية بعائلتها و صحتها، فالمواعيد المتكررة و الفحوصات المتعددة تلازمها الغياب عن منزلها و عملها أيضا و هذا يؤثر على حياتها خاصة أن معظم المبحوثات ذات عائلة نووية.

أما المتقاعدة الوحيدة فقد أثر المرض نوعا ما عليها، و هذا أمر عادي، خاصة إن كانت غير معتادة على ذلك، و لا نستطيع التعميم على هذه الحالة.

جـدول رقـم (49) : علاقة الوضعية بالمرافقة إلى الطبيب.

المرافقة إلى الطبيب / السن	لا أحد	الأم	الأخت	البنت	الخالة	الزوج	العائلة	أم الزوج	الصديقات	المجموع
لا تعمل	29 %26.9	22 %20.4	12 %11.1	14 %12.9	11 %10.2	8 %7.4	8 %7.4	4 %3.7	- -	18 %100
تعمل	8 %38.1	1 %4.7	2 %9.5	- -	2 %9.5	2 %14.3	1 %8.4	1 %8.4	3 %14.3	17 %100
متقاعدة	1 %100	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	16 %100
المجموع	38 %29.2	23 %7.7	14 %10.8	14 %0،8	13 %10	11 %8،5	9 %6،9	5 %3،8	3 %2،3	130 %100

بالنظر إلى الجدول رقم 49) نجد أن للوضعية الشخصية تأثير بسيط المرفقة إلى الطبيب بحيث جاءت بعض النسب متقاربة بين العاملات و غير العاملات كما عند المرفقة مع الأخت 9.5% و 11.1%، مع الخالة 9.5**%،** 10.2% مع العائلة 4.8% و 7.4% و مع أم الزوج 4.8% و 3.7% على التوالي.

في حين جاءت النسب الأخرى متفاوتة قليلا فيما بينها و بين العاملات و غير العاملات بحيث بلغت على التوالي 38.1% و 26.9%، و عند اللواتي يذهبن بمفردهن للطبيب و 4.7% مقابل 20.4% عند المرافقة مع الأم، و منعدمة عند العملات و 12.9% عند غير العاملات، و المرافقة مع الزوج جاءت بـ 14.3% مقابل 7.4% و المرافقة مع الصديقات بلغت 14.3% عند العاملات فقط. أما المتقاعدة الوحيدة، فقد كانت تذهب إلى الطبيب بمفردها.

من خلال هذه النتائج ينتج لنا ما يلي :

العاملات أكثر توجها إلى الطبيب بمفردهن و هذا لتعودهن على الخروج إلى العمل و كذا لقدرتهن على الاتكال على أنفسهن أكثر. و لكن لا ننسى أن النسبة المعتبرة منهن يتوجهن للعلاج برفقة الزوج و الصديقات و خاصة ثم مع الأخت و الخالة، الأم و العائلة و أم الزوج هذه الأخيرة التي تتولى شؤون عروسها خاصة ما يتعلق بما خارج البيت، و تعتبر موضع ثقة ابنها، فعندما ترافق أم الزوج عروسها إلى الطبيب كأنما يرافقها زوجها بالإضافة إلى كونها امرأة، و تفهم في شؤون النساء.

أما المرافقة مع الصديقات فإننا نستنتج أن للمرأة العاملة علاقات طيبة و لو محدودة في العمل, هذا ما يسمح لها بالاتكال عليهن و لو في بعض الأمور حتى المعنوية منها، ففي مثل هذه الحالة لا تجد المرأة أحسن من صديقتها في التحدث معها خاصة و هي في حالة نفسية سيئة من مرضها و من تأثيره على علاقتها أو زوجها أو محيطها.

تبقى المرافقة أغلبها دائما من جنس الأنثى و من قرب الناس إلى المرأة و هي الأم، و الأخت و الخالة فهي أمراض نسائية و لا تفهمها إلا النساء و كذلك أهم عامل و الذي له تأثير واضح على استجابة سواء المريضة أو محيطها للمرض هو انتشار نمط العائلة المركبة أو المتمددة التي تجمع بين أجيال و عدد من العائلات الصغيرة التي تجمعهم طبقا صلة الرحم و الدم، فهذا التراجع أدى إلى انحصار دائرة العارفين بحقيقة مرض المبحوثات على عدد معين من الناس و هم المقربين فقط المرأة كالخالة التي تعد بمثابة الأم في حنانها و عطفها و مؤازرتها في كل مرة.

بالنسبة للماكثات بالبيوت فإن المرافقة تكون مع الأم، البنت،الخالة،الأخت ثم مع الزوج و أم الزوج و العائلة ، وحالتها لا تختلف كثيرا عن العملات كما رأينا عند قراءة نسب الجدول، ولكن نضيف فقط توجههن إلى الطبيب بمفردهن كان ضعيفا لعدم تعودهن على العلاج لوحدهن و حتى و إن كن يخرجن لقضاء بعض الحاجيات و لكن عندما يتعلق الأمر بالمرض فإن العثور على المستشفيات و العيادات المتخصصة في طب النساء يحتاج إلى مساعدة الآخرين خاصة إن كانت المريضة أمية أو ذات مستوى تعليمي منخفض و حتى إن كانت المريضة متعلمة فإن تخوفها الكبير من المرض خاصة إن كانت عازبة كما رأينا سابقا يجعلها في حاجة دائما إلى من يرافقها و يكون مصدر ثقتها كالأم و الأخت و البنت، أضف إلى ذلك العادات و التقاليد التي لا تحبذ خروج المرأة لوحدها.

من خلال كل هذا نستنتج أن للوضعية الشخصية للمريضة تأثير بسيط على المرافقة إلى الطبيب.

جـدول رقـم (50) : علاقة الوضعية الشخصية بوجود مساعدة لموجهة المرض.

وجود مساعدة / الوضعية الشخصية	نعم	لا	المجموع
لا تعمل	63 %58.3	45 %41.7	108 %100
تعمل	11 %52.4	10 %47.6	21 %100
متقاعدة	1 100	- -	1 %100
المجموع	75 %57.7	55 %42.3	130 %100

من خلال هذه النسب ، ل نجد فرق بين وجود مساعدة لمواجهة المرض بين العاملات و غير العاملات حيث جاءت النسب متقاربة بينها فقد بلغت 58.0% و عند الماكثات بالبيوت و 52.4% عند العاملات، و المتقاعدة الوحيدة و جدت مساعدة.

من هنا نستطيع أن نقول أن الوضعية الشخصية للمريضة لم تؤثر على وجود المساعدة لمواجهة المرض، في حين كنا نعتقد أن المرأة العاملة قادرة على إقناع من حولها بمساعدتها و مساندتها و لو من الناحية المعنوية فهي ذات مستوى تعليمي معتبر و تتمتع ربما تلك الجرأة على تغيير ما في الأذهان من أفكار خاطئة حول هذه الأمراض و بالتالي تساهم في التوعية و لكن يبدو أنها غير قادرة كثيرا على التأثير على الغير و إنما هي أيضا تتأثر فقط بغيرها، و المساعدة لمواجهة المرض هنا متعلقة بعوامل اجتماعية، ثقافية و اقتصادية مثلها مثل الماكثة بالبيت، و هذا ما يجعلنا نتساءل إن كانت المرأة العاملة فعلا لها علاقات كثيرة و متشعبة بيد أنها تخرج إلى العمل، أم أنها تحدد علاقاتها في بعض الأشخاص و حتى تكون علاقات فاترة بسيطة جدا، و بالتالي تكون مثلها مثل الماكثة بالبيت .

أما المتقاعدة الوحيدة فقد صرحت بوجود مساعدة لمواجهة المرض، فربما كانت هذه المساعدة من الأولاد ذكور وإناثا بحكم أنها كبيرة في السن، بالإضافة إلى كونها تملك دخلا خاصا بها، مما يجعل من حولها لا يقلق على مساعدتها ماديا و حتى معنويا.

جدول رقم (51):علاقة الوضعية الشخصية للمريضة بالتخوف من الامراض النسائية

الحلة العائلية / التخوف من المرض	لا تعمل	تعمل	متقاعدة	المجموع
التخوف من تعقد المرض	46 %42.6	6 %28.5	1 %100	53 % 40.8
التخوف من الموت	18 %16.7	3 %14.3	- -	21 %16.1
التخوف من عدم القدرة على الزواج	12 %11.1	3 % 14.3	- -	15 %11.5
لا أتخوف من شيء	10 %9.3	2 %9.5	- -	12 %9.2
التخوف من الطلاق (تخلي الزوج عني)	8 %7.4	3 %14.3	- -	11 %8.5
التخوف من عدم القدرة على الإنجاب	6 %5.5	1 % 4.8	- -	7 %5.4
التخوف من نزع الرحم ولواحقه	5 %4.6	2 %9.5	- -	7 %5.4
التخوف من انتشار الخبر	3 %2.8	1 %4.8	- -	4 %3.1
المجموع	108 %100	21 %100	1 %100	130 %100

يظهر لنا الجدول رقم (51) ما إذا كانت الوظيفة الشخصية للمريضة تأثير على استجابتها للمرض عن طريق نوع التخوف و جاءت النتائج كما يلي :

بالنسبة لغير العاملة جاءت أعلى نسبة عند التخوف من تعقد المرض بـ 42.6% مقابل 28.5% فقط عند العاملات، أما التخوف من الموت و من عدم القدرة على الزواج و من عدم القدرة على عدم الإنجاب، و نزع الرحم و لواحقه و من انتشار الخبر فقد جاءت النسب متقاربة بين العاملات و غير العاملات ما عدا عند التخوف من الطلاق فقد سجلنا 14.3% عند العاملات مقابل 9.3% عند غير العاملات, أما المبحوثة المتقاعدة فقد تخوفت من تعقد المرض.

هذه النتائج تسمح لنا بالقبول أن تأثير الوضعية الشخصية للمريضة كان بسيطا على التخوف من جراء الإصابة بالأمراض النسائية، فالماكثات بالبيوت أكثر تخوفا من العاملات من تعقد المرض و هذا راجع إلى الأمية وإلى المستوى الثقافي الضعيف الذي يميزهن و بالتالي يتخوفن من كل شيء و في ظل غياب و سائل التوعية، وحتى الأطباء أنفسهم و المختصين لا يقومون بشرح حقيقة المرض للمريضة، و طرق الوقاية و العلاج و التهدئة فإنها تبقى في معظم الأحيان كالصنم، و حتى إذا قامت بسؤالهم فإنهم يجيبونهم بإجابات بسيطة فالجميع يسرع حتى عند الطبيب الخاص الذي تدفع له المرأة أجرة كل فحص لا يجد الوقت الكاف للتفسير، فالعيادات ممتلئة عن أخرها، هذا ما يؤدي بالمريضة إلى الاستماع إلى التفسيرات الخاطئة غير الطبية مما يزيدها قلقا أكثر.

في حين نجد العاملة أكثر حظا في هذا المجال فهي قادرة على الخروج في كل مرة و تستطيع أن تتكلم لغة الأطباء، و بالتالي يستمع إليها و يرد عليها، ولكن تبقى العوامل الاجتماعية و النفسية و الدينية المتحكمة في هذه الأمراض، فلهذا لم نجد اختلاف في الاستجابة بين العاملات و الماكثات بالبيوت، فكلهن يتخوفن من الموت و من عدم القدرة على الزواج بالنسبة للعازبات، و من عدم القدرة على الإنجاب ومن نزع الرحم و لواحقه و من انتشار الخبر، كلها استجابات خاصة حيث حالة المرأة عازبة أم متزوجة و

كذا سنها إن كانت صغيرة أم كبيرة، و كذلك قوة لشخصيتها و قدرتها على تحمل الصعاب و تبسيط الأمور لا تعقيدها أكثر.

الخلاصـة حـول نتائـج الفرضيـة الرابعـة:

بالنسبة لهذه الفرضية التي مؤداها "كلما كانت المرأة عاملة كانت الاستجابة للأمراض النسائية ايجابية " وجدناها في معظمها غير صحيحة، فالعاملات و غير العاملات أثر المرض على حياتهن بنفس الطريقة ، و كنا نجد أن الماكثة بالبيت تكون استجابتها أقل سلبية من العاملة في حين كنا ننتظر حدوث عكس ذلك فبحكم خروج المرأة إلى العمل فإنها أكثر تفتحا و قدرة على التحكم في زمام الأمور و إمكانية في التأثير على محيطها من أجل نيل المساندة ، حتى و لو كانت معنوية، و اتخاذ المرض بأكثر عقلانية و بساطة.

لكن انتشار اللاوعي و الأفكار الخاطئة، و نظرا لخصوصية هذه الأمراض أدى إلى تحكم العادات و التقاليد على أذهان الناس، و هذا ما يؤكد ضعف الثقافة الصحية في المجتمع رغم التحسن في مستوى التعليم و خروج المرأة أكثر إلى سوق العمل و مظاهر التحضر التي يبديها الناس لبعضهم البعض، حبذا لوسائلنا المبحوثات و العاملات ما إذا كانت لديهن علاقات اجتماعية متعددة في العمل و عن نوع هذه العلاقات.

النتائـج العامـة للدراسـة :

من خلال دراستنا هذه لاحظنا أن هناك أنواع عديدة من الأمراض النسائية، و الأكثر شيوعا الأرواح الليفية و الكيسية و الالتهابات، و ما لفتن انتباهنا هو تعدد الاستجابات و اختلالها لهذه الأمراض رغم أنها الأمراض أو ربما تكون نسبة الشفاء عندها مرتفعة عن غيرها و لكن بما أنها أمراض الجهاز التناسلي للمرأة، فإن هذا أدى إلى تباين الاستجابة للمرض سواء من المريضات أو من عائلتها و محيطها الاجتماعي، ولمعرفة ما أذا كان لبعض العوامل الاجتماعية كالسن و الحالة العائلية . المستوى التعليمي و الوصفية الشخصية للمريضة يتأثر به توجيه الاستجابة للمرض إلى الايجابية أو إلى السلبية قمنا بتحليلها على شكل فرضيات اجبنا عنها عن طريق قراءة وتحليل لبيانات الجداول وجاءت أهم نتائج الدراسة فيما يلي:

الاستجابة للمرض تختلف حسب سن المبحوثات, فالصغيرات في السن يكون وقع المرض عليهن اشد من غيرهن فيصبن بالإحباط و الانهيار العصبي فالإصابة في هذه المنطقة في مثل هذا السن يؤدي إلى تعطل و ربما حتى إبطال مشاريع الزواج الذي تطمح إليه كل فتاة ولهذا نجدها لا تتهاون في علاجها حيث تختار منذ الوهلة الأولى من اكتشافها المرض العلاج عند طبيب نسائي خاص هذا الذي يوفر لها العناية الكافية و الجادة و لا تلجا إلى استخدام الطب التقليدي الذي لا تتأكد صلاحيته دائما و نجدها تفضل العلاج أكثر عند المرأة فهي لم تتعود الفحص و العلاج في هذه المنطقة بالإضافة إلى الثقة التي تخشى أن لا تجدي عند المعالج الرجل و هناك من ترفض عائلاتها ذلك.

وجدنا إن هذه الأمراض تسبب للصغيرات في السن تغيير في مجرى حياتهن فالقلق الدائم و إخفاء الأمر عن الأهل خاصة عن الأب و الإخوة و كذا المعاملة السيئة لأفراد العائلة خاصة يؤدي إلى توتر العلاقة بين المريضة و أسرتها هذا ما يقلل من حضوضها في المساعدة و المساندة سواءا المادية أو المعنوية كالمساواة التي تساعد المريضة على تجاوز محنتها ضف إلى ذلك المرافقة إلى الطبيب التي وجدناها مقتصدة على حد محدود من الأشخاص و هم اقرب الناس إلى المبحوثة كالأم الأخت،الخالة،

باختصار المرافقة على جنس الأنثى، فهذه الأمراض نسائية يفضل علاجها عن النساء، و من يرافق المريضة هن نساء.

أما الكبيرات في السن فان وقع المرض كان اخف عليهن للمقارنة مع الصغيرات ، فقد أصبن بالخوف و القلق من جراء إصابتهن هذه ،فما تقدم السن تطول مدة العلاج و ربما يتعقد المرض أكثر مما يؤدي إلى الهلاك, ونجد هذه الفئة من النساء يتوجهن أكثر إلى المستشفيات ، وهذا لخبرتهن أكثر بأماكن العلاج و كذا مجانية العلاج ، فمع غلاء المعيشة وتدني مستوى الدخل وتفاقم تكاليف الفحص و التحاليل و الأدوية في كل مرة يؤدي إلى البحث على انجح السبل للحصول على العلاج بأقل تكلفة ممكنة، خاصة بعد تراجع استخدام الطب الشعبي و لكن تبقى عينة معتبرة منهن يلجان إليه وهذا لترسخ هذه العادات عندهن.أما عن تفضيلهن للعلاج فوجدنا إن نسبة معتبرة منهن لا يجدن فرق في العلاج عند "الرجل" أو "المرأة" فالمهم هو العلاج، وهن أكثر حضا من الصغيرات في وجود مساعدة لمواجهة المرض،و لكن اقل حضا في المرافقة إلى الطبيب فهن أكثر اعتمادا على أنفسهن، كما نجد هناك مرافقة مع البنت خاصة ثم الأخت، الأم.

لم نجد تأثير كبير للمستوى التعليمي للمريضة على الاستجابة من الأمراض النسائية، فقد كنا نعتقد أن المبحوثات ذوات المستوى التعليمي المرتفع تكون استجاباتهن للمرض أكثر ايجابية واستجابات عائلاتهن و أزواجهن ومحيطهن أكثر عقلانية، بما أنها قادرة على التحكم في نفسها وفي غيرها و توجيه سلوكاتهم إلى الأحسن و تفسير حقيقة مرضها، ولكن وجدنا في معظم الحيان تقارب في النتائج بينهن وبين ذوات المستوى التعليمي المنخفض و المنعدم، و أحيانا أخرى يكون هناك تذبذبا, و قد كانت استجابتهن أكثر و بالانهيار العصبي و الإحباط، ثم القلق و التوتر . أما التوجه للعلاج في الفترة الأولى من المرض فقد كان عند طبيب النساء الخاص ثم في المستشفيات، بالنسبة استخدام الطب الشعبي فإنه سجلنا انخفاضا في نسبه ماعدا عند الأميات بقي نصفهن يستخدمنه و هذا لتعودهن عليه فلا نستطيع اقتلاع هذه الظاهرة من جذورها، فربما هي الآن في تجدد

و انتشار كبير ، إما لتفضيل العلاج فنجد لأنه مهما اختلف المستوى التعليمي فتفضيل العلاج عند " امرأة " أكبر ثم يليه من لا يجدن فرق في العلاج عند "الرجل " أو" المرأة ".

نظرا لنقص الاتصال و أخذ الأسرة نفسها و اعتبار الأمراض النسائية من الطابوهات و لا يمكن التحدث عنها أو حتى عن المريضة في العائلة أدى التأثير سلبا على المريضة مهما بلغ مستواها التعليمي من الناحية النفسية، ومن ناحية معاملة الآخرين لهما و من ناحية وجود مساعدة و مساندة لمواجهة المرض و من ناحية المرافقة إلى الطبيب التي اقتصرت على الأم، الأخت، البنت. فخصوصية هذه الأمراض أدت إلى خصوصية المرافقة و المعاملة و بمعنى اشمل خصوصية الاستجابة.

أما عن تأثير الحالة العائلية على الاستجابة من الأمراض النسائية فوجدناها بالغة الأهمية، فالعازبات أكثر تضرر من غيرهن من جراء إصابتهن بهذه الأمراض فقد تلقين خير مرضهن بالانهيار العصبي و الإحباط لأنه لم يصدقن أنهن مصابات في هذه المنطقة و هن لم يتزوجن بعد فما مصير هذا الطموح بعد هذه المصيبة التي أصابتهن, لهذا نجدهن أكثر توجها إلى طبيب نسائي خاص قصد نيل أفضل علاج وأسرعه قبل أن يبدأ الخبر في الانتشار و لهذا نجدهن أكثر عزوفا عن الذهاب إلى المستشفيات العمومية، خشية الالتقاء بأحد الجيران أو الأهل أو أحد العاملين، اللذين يتساءلون عن تواجد هذه العازبة في مصلحة طب النساء، و بالتالي يقومون بنشر هذا الخبر مما يجعل الخطابة عنها.

نظرا للتخوف الكبير للعازبة على صحتها نجدها أكثر عزوفا عن استخدام الطب التقليدي لقلة خبرتهما و كذا عدم تحملهما لأي خطأ قد ينجم من جراء استخدامه و لهدا نجدها تفضل الطب الحديث على الطب الشعبي، وتفضل العلاج عند "المرأة " أكثر فالحشمة و الخوف و كذا نقص الثقة في المعالجة عند "الرجل " جعلها تستغني عن المعالجة عنده و حتى عائلتها ترفض أن تأخذها إلى طبيب رجل فإن لم يكونوا بعد تقبل إصابتها بهذا المرض فكيف سيقبلون أن يفحصها رجل كل هذه الإفرازات لعقده الأمراض

و غيرها أدت إلى إرهاق كاهل العازبة، وتأثر حياتها فهي الأخرى تتساءل كيف أصيبت بهذا المرض, و هناك من تعتبره كعقاب لها، أو امتحان صعب، فعائلتها تنبذها و محيطها الاجتماعي كذلك و لم يعد أحد يرغب بها فلم يبقى لها إلا الأم التي لا تستطيع أن تتخلى عن ابنتها مهما حدث و كذا الأخت و الخالة التي لهما مكانة كالأم في غالب الأحيان فهن من يرافقها إلى الطبيب و لا تجد المساعدة الا منهن فهن المصدر الأساسي للحنان و الثقة.

أما المتزوجات فإنه رغم تأثير المرض عليهن أيضا سلبا إلا أن العائلة والمحيط الاجتماعي و المجتمع ككل يكون أرحم عليهن من العازبات، فهذه الأمراض تعتبر أمراض المتزوجات و المنجبات فقط و ما يضر بالمتزوجات أكثر من جراء إصابتها هذه هو سوء معاملة الزوج لها، فبمجرد أن تطول مدة العلاج أو يحدث هناك توتر فيس العلاقات الجنسية بينهما، تؤدي إلى تذمر الزوج و لهذا نجدها تصاب بالخوف و القلق على مستقبل حياتها الزوجية في ضل تحريم إقامة علاقات جنسية خارج الزواج، فهذا يهين المرأة كثيرا و يجعلها امرأة تعيسة، ولهذا نجدها تفضل أن تصاب في منطقة أخرى و لا تصاب في هذه المنطقة، وبخصوص المساعدة فهي أكثر حظا من غيرهن منها، فعلم الآخرين بمرضها أدى إلى تقديم يد المساعدة لها حتى و لو كانت معنوية و هي مهمة جدا في هذه الحالة، و هي الأكثر حظا أيضا في المرفقة بحيث تذهب برفقة الأم، الأخت، الزوج، الخالة، العائلة، أم الزوج، الصديقات.

وبخصوص الأرامل و المطلقات فهذه الشريحة من المجتمع المهملة و غير المرغوبة من المجتمع، تجد نفسها أمام عائقين الآن مشكلتها العائلية و مشكلتها الصحية، خاصة مع تدني المستوى المعيشي، و ضعف الدخل و غلاء الفحوصات و الأدوية و غيرها , هذا ما يقلق أكثر هؤلاء النساء، أما عن استجابة العائلة أو المحيط الاجتماعي لمرضهن فهن لا يكترثن بهم بقدرما يهتمن بصحتهن، فالضغط الذي تمارسه العائلة على العازبة أو الذي يمارسه الزوج على زوجته لم يعد لديه وجود عندهن، و هذا ما يجعلهن أكثر راحة من غيرهن، و مع تراجع التكفل الاجتماعي و ذهاب قيم التعاون و التآخي

بسبب الأزمة الاقتصادية و الاجتماعية التي تتخبط فيها البلاد أدى إلى إهمال حتى أقرب الناس إلى الشخص رغم حاجته إليه.

تأثير الوضعية الشخصية للمريضة على الاستجابة للمرض كانت ضعيفة، حيث أن الاستجابة بين العاملات و الماكثات بالبيوت جاءت في معظمها متقاربة و أحيانا تكون استجابة غير العاملة أحسن من استجابة العاملة، فقد تلقين المرض بالخوف و كذا بالانهيار و الإحباط، فالتخوف من تعقد المرض و الموت و كذا من الطلاق و من عدم القدرة على الإنجاب و غيرها يؤدي إلى توتر و تغير مجرى الحياة فالقلق الدائم، الخوف من المستقبل يجعل سلوك المريضة يتغير خاصة إن كانت صغيرة أو عازبة.

أما عن التوجه للعلاج في الفترة الأولى من المرض و هي فترة مهمة تبين مدى إعارة الأمراض من الأهمية، و لهدا وجدنا أن الماكثات بالبيوت توجهن أكثر إلى طبيب النساء الخاص، و هذا يدل على تخوفهن الكبير من المرض و أيضا درايتهن بمن يجب الاتصال به، في حين وجدنا توجه العاملات إلى المستشفيات، و قد كنا ننتظر أن يحدث العكس، بما أن العاملات أكثر خروجا من البيت و كذا يملكن دخل خاص بهن مما يسمح لهن بطلب العلاج عند الخواص بكل راحة، و نجدهن أكثر تفضيلا للعلاج عند امرأة، فالحياء، و الاعتبارات الثقافية و الدينية و الاجتماعية تدفع المريضة إلى هذا الاختيار، نفس الشيء حدث بالنسبة لغير العاملات و لكن بنسب أقل.

هناك تراجع في استخدام الطب التقليدي من المبحوثات و هذا لعدم الوثوق بنتائجه و التخوف من حدوث نتائج سلبية فتزيد الوضع سوءا لصعوبة الوصول إلى هؤلاء المعالجين، ففي الغالب يتواجدون في أماكن نائية و بعيدة يصعب الوصول إليها، و حتى إن كانوا في أماكن حضرية فإن عددهم المحدود يزيد الأمر تعقيد، بالإضافة إلى كون تراث غير مكتوب و بالتالي يتلاشى مع مرور الزمن.

مع تراجع التكفل الاجتماعي بالمريض لأسباب اقتصادية و اجتماعية، ثقافية رغم أهميته في مواساة المريضة و مساهميه في رفع معنويات يساعدها على مقاومة المرض و حتى الشفاء منه، فلاحظنا أن المرافقة إلى الطبيب مقتصرة على عدد معين و خاص من الأشخاص و هم أقرب الناس إلى المرأة و هم الأم، الأخت، البنت، الخالة، و لم نجد تباين بين العاملة و الماكثة بالبيت في سلوكها هي و سلوك محيطها، رغم أننا كنا نعتقد أن المرأة العاملة أكثر تعلما و وعيا و قدرة على التحكم في نفسها و مشاعرها و حتى التأثير على من يحيط بها من الأهل و الجيران و غيرهم لمؤزرتها في محنتها و كسر كل الطابوهات التي تجعل من المرض عار و مسألة شرف أو أنه عقاب من الله عز وجل على هذه المرأة لذنب اقترفته، و إنما هو مجرد مرض أصاب أحد أعضاء الجسم مثله مثل أي مرض آخر، يحتمل الشفاء أو التعقيد أو يؤدي بصاحبه إلى الموت، كذلك قادرة على تجاوز العقابات فبخروجها إلى العمل تكون لديها علاقات متعددة تسمح لها بطلب المساعدة و الحصول عليها وخاصة في الأوقات الحرجة و لكننا لم نجد كل هذا، أما بالنسبة للمتقاعدة الوحيدة، فلا تستطيع التعميم عن طريقها، فنكتفي بتسجيل استجاباتها في الجداول.

الخـــاتمـــــة:

تبين لنا من خلال درسنا هذا مدى أهمية بعض المتغيرات الاجتماعية كالسـن و الحالة العائلية للمرض و مدى تأثيرهما على استجابة المريضة نفسها و استجابة محيطها الأسري و الاجتماعي ككل.

وتبين لنا أيضا مدى خصوصية الأمراض النسائية، فسـوء تفسـيرها و المفـاهيم الخاطئة الملتفة حولها أدى إلى عدم تأثير بعض المتغيرات الاجتماعية الهامة كالمسـتوى التعليمي و الوضعية الشخصية للمريضة على هذه الاستجابات، و هذا ما يؤكـد لنـا أن الإنسان كائن اجتماعي، فإن استجابته للمرض تكون حسـب عـادات و تقاليـد و ثقافـة مجتمعه، الذي لديه رؤية خاصة للظواهر و يحلل و يفسر حالة المرض، و لكن يعتبرهـا هو صحيحة سليمة لا نقاش فيها.

من كل ما سبق ندرج بعض التوصيات :

- تصحيح المفاهيم و المعتقدات الخاطئة حول الأمراض و تشجيع، و سـائل الإعـلام خاصة منها المرئية التي لها تأثير كبير على الجمهور.

- إلزامية توفر مساعدين نفسانيين و اجتماعيين في جميـع المصـحات قصـد التكلـف بالمريض من الناحية النفسية و كذا عائلة المريض على ضرورة مـؤازرة مريضـهم و كيفية مساعدته.

- تشجيع الاتصال بين المرضى فيما بينهم و كذا بين المرضى و عائلاتهم و الأطبـاء و الاختصاصين و ذلك بإنشاء جمعيات تحمل مثل هذه الشعارات.

قائمة المراجع:

I- المراجع باللغة العربية:

أ- الكتب:

(1) إحسان علي محاسنة، البيئة والصحة العامة "، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 1994، ط2،.

(2) إحسان محمد الحسن،الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 1982.

(3) حسان السعاتي, تصميم البحوث الاجتماعية, نسق منهجي جديد, دار النهضة العربية للطباعة و النشر, بيروت, 1982.

(4) حسن نعمة، التغذية و الوقاية من الأمراض، دار الكتاب الحديث، الكويت، 2003

(5) حسين عبد الحميـد أحمـد رشـوان، دور المتغيـرات الاجتماعيـة فـي الطـب والأمراض،دراسة علم الاجتماع الطبي، المكتب الجامعي الحديث، 1988.

(6) ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم، مناهج وأساليب البحث العلمي: النظرية والتطبيق، دار الصفاء للطباعة والنشر، عمان، الأردن، 2000.

(7) رودولف غيغيليون، بنيامين ماتلون، البحث الاجتماعي المعاصر, مناهج و تطبيقات، تر: علي سالم، منشورات مركز الإنماء القومي، بيروت.

(8) ريمون بودون وفرانسوا بوريكو المعجم النقدي لعلم الاجتماع ، ،تر: سـليم حـداد، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1986.

(9) سيغموند ستيفن لمر، الموسوعة الطبية الكاملة للأسرة، تر: أنس الرفاعي، دار الثقافة للنشر و التوزيع، قطر، 1987

(10) صلاح مصطفى الفوال, علم الاجتماع بين النظرية و التطبيق, دار الفكر العربي، 1996.

(11) طلعت إبراهيم لطفي، أساليب وأدوات البحث الاجتماعي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 1995.
(12) عبد الرحمن العيسوي، مناهج البحث العلمي، دار الرتب الجامعية، بيروت، 1996،1997.
(13) عبد الله الهمالي، أسلوب البحث الاجتماعي وتقنياته، بدون دار النشر وبلد النشر، 1988.
(14) عبد الهادي الجوهري، قاموس علم الاجتماع، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1998، ط2.
(15) علي الميكاوي، علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، مصر 1996.
(16) فؤاد علي فهمي، العلاج الشامل بكل الوسائل (الطرق الطبيعية، التقليدية، الأعشاب والأدوية)، دار الجيل، بيروت 1999.
(17) فوزية رمضان أيوب، دراسات علم الاجتماع الطبـي ، مكتبـة نهضـة الشـرق، القاهرة، 1985.
(18) محمد الصاوي محمد مبارك، البحث العلمي أسسه وطريقة كتابته، المكتبة الأكاديمية، مصر، 1992.
(19) محمد عاطف غيث, قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، دون سنة.
(20) محمد علي محمد،علي عبد الرزاق جلبي، سناء الخولي، سامية محمد جابر، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1989 ،
(21) محمد علي محمد، مقدمة في البحث الاجتماعي، دار النهضة العربية، بيروت 1983.
(22) مصطفى عبد المنعم، أمراض النساء وموانع الحمل والولادة والعناية بالأطفال، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، مصر، 1978.

(23) محمد محمد الهادي، أساليب إعداد و توثيق البحوث العلمية، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، 1995.
(24) وديع جبر، العلاج بالنبات، دار الجيل بيروت، 1997، ط: الثالثة

ب- الدوريات:

(25) إحصائيات مصلحة الأرشيف لمستشفى بني مسوس، مصلحة طب النساء والتوليد، قسم الجراحة.
(26) وزارة الصحة و السكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الـدول العربيـة، المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل، المشروع العربي للنهوض بالطفولة، 1992.
(27) وزارة الصحة و السكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الـدول العربيـة، المسح الجزائري لصحة الأسرة، جوان2003.

ج – رسائل الماجستير

(28) دراسة سوسيوديموغرافية لمرض سرطان الثدي ، حياة بوتفنوشات ، 2003-2004.

II - المراجع باللغة الفرنسية:

أ- الكتب :

(1) Baldauf (jj), Hamid (D), Ritter (J) et walter (P), Néoplasies intra épithéliales du col, encycl-médi- chirr éditions elseviers SAS, Paris, 2003, 597 – A – 10.

(2) BODY (G), LANSAC (J), MAGNIN et QUENTENIR (R), les salpingites aigués non tuberculeuses, encycl-médico-chirurgical, éditions techniques, Paris, 1985, 470 A^{10}-11.

(3) BOHBOT (JM), ZARA (J) et MONSONEGO (J), Maladies sexuellement transmissibles, encyclopédie-médico-chirurgicale, édition Elsevier SAS, Paris, 1999, 360-A-10.

(4) Boutefnouchet, M. la famille algérienne, évolution et caractéristiques récente, SNED, 1982.

.

(5) Couvreur C, sociologie et hôpital, édition A Deboeck, B Bruxelles, 1978.

(6) d'Hou taud A. , M. G. Field, la santé, approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société, presse universitaire de Nancy, 1989.

(7) DUBOURDIEU, CHARBONNEL, ovaires poly kystiques, et kystes de l'ovaire, encycl. Méd. Chir éditions elseviers SAS, Paris, 1993, 133 - A – 10.

(8) DUFOUR (PH), vinatier (D) , Querleu (D), cancer de l'endomètre, encycl. Méd. Chir. édition elseviers SAS, Paris, 1998, 620 – A – 10.

(9) Evans R. g et G. L Stoddart,"produire de la santé, consommer des soins", Etre ou ne pas être en bonne santé, les presses de l'université de Montréal, Paris, 1996.

(10) FARI (A), Vaginites et endocervicites, encycl-médico-chirurgical, éditions techniques, Paris, 1990, 379 A^{10}-3.

(11) FERNANDEZ (H), GERVAISE (A) et de Tayrac, Fibromes utérins, encycl-médico- chirurgical, éditions Elsevier SAS, Paris, 2002, 570 A-10

(12) GERLEU(D), Tumeurs bénignes (non endocrines) et kystes de l'ovaire, encycl. Méd. Chir, éditions techniques, Paris, 1992, 680 A^{20}.

(13) HAMOU (J), CHEVALLIER, Polypes du col utérin et cervicites, encycl-médico-chirurgical, éditions techniques, Paris, 1989, 390 A^{20}-7.

(14) JADLIN (P), ZACCABRI (A), ISABELLE (A), BARBARINO (A) et BURIET (G), les salpingites aigués non spécifiques, encycl-médico- chirurgical, éditions Elsevier SAS, Paris, 2001, 470 A-10.

(15) L'AMOUREUX (A), Recherches et méthodologies en sciences humaines, éditions études vivantes, Canada, 1999.

(16) LEFEBVRE (Y), Fibromyomes utérins , encycl. Méd. Chir., éditions techniques, Paris, 1993, 570 A - 10.

(17) MAZERON (M) et FERCHAL (F), la primo-infection herpétique, éditions techniques, Paris, 1982.

(18) MERGUI (jl), Bernard Guyot, Guyot (S), Polypes du col utérin et cervicite encycl-médico-chirurgical, éditions Elsevier SAS, Paris, 1995, 390 A-204.

(19) MERGUI (JL), PAMBON (O), Ectropion du utérin, édition elsevier SAS, Paris, 1994, 390 –A-12.

(20) Michel James, Renie Bory, la gynécologie, presse universitaire de France, Paris, 2e édition, 1984.

(21) QUANTIN ®, PIERRE (F), BERTRAND (J), LES Bartholinites, encycl-médico chirurgical.éditions Elsevier SAS, Paris, 1990, 380 A^{10}-3.

(22) Quivy R, L. v Campenhoudt, Manuel de recherche en sciences sociales 2emeédition, Dunod, Paris, 1995.

(23) Sasco (Aj), épidémiologie du cancer du col de l'utérus, éditions elseviers SAS, Paris, 2002, 605 – A – 10.

(24)TALEB AHMED (L), BOUCHETARA (K), BOUTTEVILLE, La tuberculose génitale de la femme, encycl. Méd. Chir, éditions techniques, Paris, 1989, 490 A^{10}-7.

(25)TOUBOUL (E), le Franc (jp), Deniaud Alexandre (E) et tranbaloc (p), tumeurs du vagin et lésions apparentées, encycl. Méd. Chir, éditions elseviers SAS, Paris, 2001, 530 – A – 10.

ب - الدوريات

(26) centre hospitalo- universitaire de Berni Messous, parlons santé, présentation et bilans 2000-2001

27(

(27) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2000, 2001.

(28) Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Registre des Tumeurs d'Alger, 2002.

(29)Ministère de la santé et de la population, population et développement en Algérie décembre 2003.

(30)Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, office national des statistiques, ligues des états arabes, enquête Algérienne sur la santé de la famille, 2002, juillet 2004,. 2002.

.

.

الملاحق

الاستمـ ـارة

I- بيانات ديمغرافية:

س1) **السن**: 1- (15-19) سنة ☐ 5- (35-39) سنة ☐
2- (20-24) سنة ☐ 6- (40-44) سنة ☐
3- (25-29) سنة ☐ 7- (45-49) سنة ☐
4- (30-34) سنة ☐ 8- 50 سنة فما فوق ☐

س2) **الحالة العائلية**: 1- عازبة ☐ 2- متزوجة ☐
3- مطلقة ☐ 4- أرملـة ☐

س3) **نوع السكن**: 1- شقة بعمارة ☐ 2- بيت تقليدي ☐ 3- فيلا ☐
4- قصديري ☐ 5- أخر ☐

س4) **مكان الإقامة**: 1- العائلة النووية ☐ 2- العائلة المركبة ☐

س5) **عدد الأفراد في البيت** 1- (1-4) شخص ☐ 3- (15-19) شخص ☐
2- (5-9) شخص ☐ 4- (15-19) شخص ☐

س6) **عدد الغرف في البيت**: 1-(1-2) غرفة ☐ 1-(1-2) غرفة ☐
1-(1-2) غرفة ☐ 1-(1-2) غرفة ☐

س7) **المستوى التعليمي**: 1- أمي ☐ 2- إبتدائي ☐ 3- متوسط ☐
4- ثانوي ☐ 5- جامعي ☐

س8) **الوضعية الشخصية**: 1- تعمل ☐ 2- لا تعمل ☐ 3- متقاعد ☐

II- بيانات حول مسار المرض:

س9) ما نوع مرضك:.....

س10) أين توجهت لأول مرة؟ 1- طبيب عام ☐ 2-طبيب النساء (بمستشفى) ☐

3 - طبيب النساء (خاص) ☐ 4-بني مسوس مستشفى ☐

س11) لماذا؟.....

س12) من وجهك هذه المرة إلى مستشفى بني مسوس؟.....

س13) هل استخدمت الطب التقليدي؟ 1- نعم ☐ 2- لا ☐

س14) لماذا في كلتا الحالتين؟ .....

III- بيانات خاصة بوضعية المرأة بعد المرض:

س15)كيف تلقيت مرضك؟.....

س16) هل وجدت مساعدة لمواجهة مرضك هذا؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐ 3- نوعا ما ☐

س17) إذا كان نعم، ممن كانت المساعدة؟.....

18) هل أنت متخوفة من شيء من جراء مرضك هذا؟ 1- نعم ☐ 2- لا ☐

س19) إذا كان نعم، فمما أنت متخوفة؟.....

س20) من الذي يرافقك إلى زيارة الطبيب؟.....

س21) هل تفضلين العلاج عند؟ 1- رجل ☐ 2- إمرأة ☐ 3-لا فرق ☐

س22) لماذا؟.....

س23) هل سبب المرض تغير مجرى حياتك؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐ 3- نوعا ما ☐

س24) كيف ذلك؟.....